

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 mai, à 1 heure.

PAR

Louis DARTIGUES

Né à Paris le 3 février 1869.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

CHIRURGIE CONSERVATRICE

DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES

DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : { MM. SEGOND
VARNIER } Agrégés.
WALTHER }

PARIS

A. MALOINE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 mai, à 1 heure.

PAR

Louis DARTIGUES

Né à Paris le 3 février 1869.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

CHIRURGIE CONSERVATRICE

DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES

DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : { MM. SEGOND
VARNIER } Agrégés.
WALTHER }



PARIS

A. MALOINE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

PRESSE MÉDICALE

Diverticules anormaux de la vésicule biliaire. — Conséquences au point de vue de la cholécystostomie (20 *Juin* 1896).

Pyonéphrose d'un rein ectopié dans l'épaisseur du mésentère (29 *Juin* 1898).

De l'incision cruciale et de la suture transversale sus-pubienne cachée par les poils dans la laparotomie médiane (7 dessins de l'auteur. — 4 *Octobre* 1899).

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE DE POZZI

Étude étiologique et anatomo-pathologique des tumeurs solides de l'ovaire (N° 4. *Août* 1899).

Symptomatologie des tumeurs solides de l'ovaire (N° 5. *Septembre et Octobre* 1899).

Diagnostic et traitement des tumeurs solides de l'ovaire (N° 6. *Décembre* 1899).

Étude sur les sutures autoplastiques et sur les sutures à fils temporaires non perdues appliquées à la cure radicale des hernies et aux laparotomies (20 dessins de l'auteur. — N° 3. *Mai-Juin* 1900).

REVUE DE CHIRURGIE

La scapulectomie ou ablation totale de l'omoplate avec conservation du membre supérieur dans les tumeurs malignes de cet os (15 dessins de l'auteur. En collaboration avec M. le D^r PICQUÉ, chirurgien de l'hôpital Bichat. — *Avril* 1900).

NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE

Lipomatose monstrueuse, principalement localisée à la partie sous-diaphragmatique du corps (N° 3. *Mai et Juin* 1899. — En collaboration avec BONNEAU).

REVUE D'ORTHOPÉDIE DE KIRMISSON

Paralysie infantile localisée au membre supérieur gauche et datant de 22 ans. Amputation intra-deltaïdienne (en collaboration avec DURRIEUX. — *Mars* 1900).

Fracture de la première phalange des quatre premiers orteils par cause indirecte. Radiographie (*Mai* 1900).

Ankylose du coude. Ostéotomie trochléiforme (Opération de Defontaine). Résultats. Radiographies (*Juin* 1900).

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Fracture de la voûte orbitaire par balle de revolver (17 *Avril* 1896).

Plaie thoracique et abdominale par balle de revolver (1^{er} *Mai* 1896).

Abcès du cerveau consécutif à une plaie par balle de revolver. Latence des symptômes (en collaboration avec KEIM. — 9 *Octobre* 1896).

Épithélioma du cholédoque (en collaboration avec VINCENT GRIFFON. — 20 *Novembre* 1896).

- Sarcome télangiectasique du sein. Anomalie congénitale de la région lombo-sacrée; queue pileuse (*Janvier 1897*).
- Sarcomatose des fémurs. Fracture symétrique spontanée (en collaboration avec KEIM. — *Janvier 1897*).
- Application des rayons X dans un cas d'extraction d'aiguilles (*Janvier 1897*).
- Très volumineux ostéosarcome du fémur chez une petite fille. Désarticulation de la hanche (*Mars 1897*).
- Kyste simple de la mamelle non développé dans un néoplasme du sein (*Novembre et Décembre 1897*).
- Invagination ascendante du cæcum avec son appendice, du côlon ascendant et d'une partie du transverse. Laparotomie (*Novembre, Décembre 1897*).
- Tumeur à myéloplaxes de l'omoplate. Ablation du scapulum seul et conservation du membre supérieur. Guérison (*10 Décembre 1897*).
- Moignon utérin et pièces d'éventration consécutive à une hystérectomie avec pédicule externe, enlevés secondairement à une hystérectomie abdominale totale (*29 Avril 1898*).
- Cancer primitif de l'œsophage et sarcome hémorragique du pouce chez un ancien opéré du cancer du rein (*22 Juillet 1898*. — En collaboration avec V. GRIFFON).
- Tumeur solide de l'ovaire, fibro-sarcome de 2 kilogr. 500 avec torsion du pédicule sans phénomènes cliniques pouvant faire soupçonner cette complication (*18 Novembre 1898*).
- Énorme kyste ovarique multiloculaire gauche avec gros fibrome utérin et kyste dermoïde ovaro-tubaire droit, enlevés par hystérectomie abdominale totale. Guérison (*17 Mars 1899*).
- Sarcome du sein (*17 Novembre 1899*, p. 334. — En collaboration avec CLAISSE).
- Sarcome mélanique de la joue (en collaboration avec CLAISSE. — *17 Novembre*, p. 936).
- Kyste hydatique inclus dans le muscle grand-fessier (*24 Novembre 1899*, p. 976. — En collaboration avec CLAISSE).
- Tumeur solide de l'ovaire avec fibromes utérins. Hystérectomie abdominale totale (en collaboration avec CLAISSE. — *Novembre 1899*).
- Tuberculose génitale extra-utérine des trompes et des ovaires; fibro-myomes utérins (en collaboration avec CLAISSE. — *2 Février 1900, Bullet. de la Soc. anat.*, p. 127).
- Luxation de la phalange du pouce en arrière ou dorsale sur la phalange. Radiographie (en collaboration avec DURRIEU. — *10 Décembre 1899*).
- Hernie crurale droite étranglée renfermant l'appendice sain. Trois jours après étranglement d'une hernie inguinale droite renfermant l'appendice enflammé. Laparotomie; réduction de la hernie; résection de l'appendice (en collaboration avec BOUGLÉ, chirurgien des hôpitaux. — *Bullet. de la Soc. anat.*, 1900, p. 73).

MEDICAL CHRONICLE

The enucleation of interstitial Fibromyomata by cervico-vaginal hysterotomy of P. Segond (Manchester, 1900, *May*, 3rd series, vol. 3, n° 2, p. 90).

VARIA

- Étude médicale des eaux sulfatées calciques (Source du Lac) et ferrugineuses (Source du Pré et du Chemin) de Siradan (Hautes-Pyrénées), 1900.
- Observations dans les thèses : du Dr Ané (thèse, Paris, 1898), du Dr Gutman (thèse, Paris, 1900), du Dr Rebreyend (thèse, Paris, 1901).

A MON MAÎTRE PAUL SECOND

Je vous dédie, mon très cher Maître, ce travail modeste, mais digne d'intérêt, je crois, par l'effort qu'il représente.

Ce m'est là une très douce et pleine joie : mon travail, en effet, vous revient enfin, après un long et laborieux acheminement, comme à sa source originelle.

Pouvant me mettre antérieurement à une tâche de cette sorte, il m'a souri toutefois d'en attendre de vous la donnée; j'ai espéré pouvoir ainsi en faire comme le gage d'une reconnaissance réelle, d'une affection entière et respectueuse, à l'égard de l'homme que vous êtes, en qui on ne sait ce qu'il faut admirer le plus : du dévouement, de l'inépuisable bonté, de la très haute intelligence de son art et de toutes les choses de la vie.

A ma joie profonde se mêlent pourtant quelques appréhensions : c'est que j'apporte précisément cette étude au Maître inoubliable dont la parole puissamment éloquente emplissait, en un enseignement prestigieux, la majesté des amphithéâtres et possédait le secret de communiquer tout ensemble la vérité scientifique, la tolérance des idées d'autrui dans l'acception la plus large, le bon sens et la gaité ancestrale, sans préjudice de l'élévation de la pensée, de la sûreté du jugement, de la beauté de l'image, de la clarté du langage toujours pur.

Je viens rendre à César ce qui appartient à César. Mais, suis-je bien sûr d'être resté digne du dépôt des idées confiées et, d'avoir, artisan suffisamment habile, serti dans un ensemble harmonieux et simple ce qui est proprement votre bien? C'est là et mon doute et mon trouble.

Les imperfections qu'on est sans nul doute en droit de me reprocher, je les revendique; car, en vérité, j'ai usé avec trop peu de réserve de l'indépendance entière que m'a laissée votre tutelle bienveillante.

Appréhensions et regrets sont pourtant atténués en moi par une consolation facile : c'est que noblesse d'âme et largeur d'esprit sont toujours sûrs garants de mansuétude, aussi, cher Maître, ai-je le cœur léger dans l'espoir de votre indulgence certaine.

LOUIS DARTIGUES.

3 février 1901.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550209_0001

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vous avez bien voulu, cher Maître, me témoigner attention et sympathie, puis vous intéresser à mon travail. Fort de la bienveillance de vos sentiments, j'ai sollicité de vous la présidence de ma thèse. En l'acceptant, vous m'avez fait plus qu'un grand honneur : un plaisir vraiment sincère.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

J'ai été longtemps, cher Maître, votre élève, puisque je fus tour à tour votre externe et votre interne. A ce titre, je crois être parmi ceux qui ont pu le mieux apprécier et qui peuvent le plus proclamer les multiples ressources de votre enseignement délicat et plein d'expérience dans votre magnifique service où la chirurgie apparaît bien ce qu'elle doit être : un art élégant dans son mode et sûr dans ses résultats. Je n'oublierai pas que c'est auprès de vous que se sont formées mes premières notions, puis perfectionnées mes connaissances gynécologiques, grâce à l'initiative dirigée que vous avez bien voulu me permettre.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CAUBET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

MON PREMIER MAÎTRE EN MÉDECINE

A MONSIEUR PIERRE DELBET

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MON PROSECTEUR A L'ÉCOLE PRATIQUE

A mes Maîtres dans les hôpitaux

Externat

MM. CHARRIN, MATHIEU, THIBIERGE, BOURCY, DELENS, POTHERAT,
MAURIAC, POZZI, SEGOND.

Internat

MM. POLAILLON (Hôtel-Dieu, 1896-1897); L. PICQUÉ (Maison Dubois, 1897-1898).
S. POZZI (hôpital Broca, 1898-1899); P. SEGOND (hôpital de la Salpêtrière, 1899-1900).

A M. F. LEGUEU, chirurgien des hôpitaux.

- A mon ami et maître BOUGLÉ, chirurgien des hôpitaux.

A mon ami E. BAUDRON, accoucheur des hôpitaux.

PRÉFACE

L'auteur de la belle et consciencieuse monographie que j'ai l'honneur de présenter au public médical a bien voulu dire qu'il me devait l'idée première de son travail, et je suis heureux de l'en remercier. Toutefois, il a mis à me rendre mon bien tant d'affectueuse prodigalité qu'il a par trop renversé les rôles, et, sous peine de rester, à jamais, son insolvable débiteur, me voici tenu, avant toute autre considération, de remettre les choses à leur point, en rappelant ici les seuls documents qui me soient vraiment personnels.

Ces documents se réduisent à mes deux communications de l'an dernier sur l'*Hystérotomie cervico-vaginale dans le morcellement des fibromes du corps de l'utérus*. La première, faite le 4 mai, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, avait eu surtout pour but de prouver, d'une part, combien les suites éloignées de l'opération sont satisfaisantes et, d'autre part, de montrer comment j'avais quelque droit à m'inscrire parmi les chirurgiens qui ont le plus contribué à la réhabilitation si légitime de la vieille opération d'Amussat.

La seconde communication, dont les comptes rendus du XIII^e Congrès des sciences médicales de Paris ne donnent que le résumé, était une étude d'ensemble sur toutes les questions concernant le *manuel*, la *valeur*, les *indications* et les *contre-indications* de l'opération. Grâce aux belles planches murales de Devy, j'avais pu exposer, dans tous

ses détails, le procédé opératoire spécial que je préconise ; montrer comment une hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale, bien faite, donne un libre accès dans la cavité du corps utérin et faire, en définitive, comprendre, de mon mieux, que le col une fois sectionné au-dessus de l'isthme, rien n'est plus simple que d'explorer les parois utérines, de reconnaître, puis de dénuder les fibromes qu'elle renferme et, suivant qu'ils sont petits ou gros, de terminer par leur énucléation ou leur morcellement,

L'étude des faits relatifs à la valeur de l'opération, à ses indications et ses contre-indications, à sa bénignité lorsqu'elle est faite quand et comme il convient, m'avait ensuite conduit à la réfutation des objections qu'elle peut soulever et m'avait permis, je crois, d'établir, avec preuves suffisantes à l'appui, que l'ancienne opération d'Amussat a des indications plus étendues et plus fréquentes qu'on ne le pense, puisque bien loin de convenir seulement soit aux polypes, soit aux fibromes sous-muqueux d'accessibilité vaginale évidente, elle trouve, en outre, sa très avantageuse application dans l'ablation des fibromes interstitiels du corps, avec col sain et nullement dilaté.

Ayant ainsi fait connaître les principaux enseignements puisés, non pas seulement dans mes lectures ou dans les observations publiées aujourd'hui par Dartigues, mais aussi dans cette constatation instructive et bien souvent vérifiée, au cours d'une longue pratique de l'hystérectomie vaginale pour fibromes, qu'en maintes circonstances, les utérus que je morcelais, se seraient prêtés à une chirurgie moins radicale, j'ai terminé par l'énumération des raisons qui, dans certains cas déterminés, doivent faire considérer l'*hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale* comme une opération préliminaire de choix : « Elle permet aussi bien l'énucléation de fibromes très haut situés que le morcelle-

ment de masses fibreuses interstitielles pesant jusqu'à 1000 à 1200 grammes; à l'inverse de l'hystérotomie vaginale médiane antérieure, elle n'exige jamais ni le décollement de la vessie, ni l'ouverture du péritoine; elle respecte sûrement les uretères; elle s'exécute sans risque d'hémorrhagie, et, si parfois elle nécessite la section des utérines, l'hémostase par ligature ou forcipressure n'en reste pas moins toujours facile et sûre. »

Voilà mon unique appoint au travail de Dartigues. C'était, on le voit, un simple canevas tout parsemé de mailles encore vides et qui plus est, ce canevas ne pouvait guider que dans la seule étude de l'opération d'Amussat. J'ai donc grandement raison d'avertir le lecteur que, dans son amical besoin de restitution, Dartigues dépasse de beaucoup la mesure. En réalité, son travail offre tous les caractères d'une étude personnelle. Prenant la question dans son ensemble, il n'a rien négligé pour l'approfondir en ses moindres détails et le grand labeur qu'il a dû s'imposer pour cela est, on peut le dire, couronné d'un plein succès, car nous lui devons, maintenant, la première monographie complète que nous possédions sur l'état actuel de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins.

Peut-être quelques-uns penseront-ils, de prime abord, qu'en certains passages, l'auteur aurait pu davantage contracter son style; mais, je le gagerais volontiers, ceux-là qu'un penchant extrême pour les descriptions concises et les très rapides lectures, prédisposent le plus à cette légère critique, ne songeront même pas à la formuler. Dartigues était trop pénétré de son sujet, il l'avait étudié, ciselé sous toutes ses faces avec trop de sollicitude, pour se résigner ensuite à faire court et bref. Il s'est donné tout entier à son œuvre, avec les ressources de son intelli-

gence ouverte et de son grand bon sens clinique comme avec les originalités et l'entrain de la race qu'il personnifié de si vivante manière.

Un livre écrit dans ces conditions ne pouvait donc avoir allure de manuel. Il devait, au contraire, par son plan, sa forme et l'esprit de sa rédaction, nous donner aussi bien la mesure des aptitudes chirurgicales de l'auteur que le reflet de ses qualités natives. Et, chacun ne saurait manquer de le reconnaître, c'est précisément parce qu'il en est tout à fait ainsi que l'ouvrage présente un intérêt particulier. Les documents scientifiques y sont colligés, classés, analysés et commentés avec la plus judicieuse érudition, et cependant l'aridité des citations bibliographiques nécessaires, comme la sécheresse des descriptions techniques, sont, à tout instant, compensées par les attraits d'un style personnel autant qu'imagé. On ne peut, en vérité, souhaiter mieux.

Quant aux conclusions proposées par Dartigues, elles forment un ensemble dont tous les détails méritent d'être connus, et, dès l'introduction qui va suivre, on trouvera leur complet exposé. Je ne veux donc point en parler autrement que pour les approuver. La préface de cette thèse n'a, du reste, que le seul but de laisser pressentir son haut intérêt et d'en conseiller vivement l'instructive lecture. Puissé-je avoir réussi ! Ce ne serait en vérité que bénéfice pour ceux qui m'écouteront et j'y trouverais, moi, la grande satisfaction qu'on éprouve toujours quand l'occasion se présente de témoigner un peu de sa gratitude aux élèves qu'on a le plus appréciés et qui veulent bien rester au nombre de vos amis les meilleurs.

PAUL SEGOND.

8 mai 1901.

INTRODUCTION

Dans cette introduction à la chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes, nous voulons :

— Poser en principe que tout fibrome diagnostiqué doit être opéré, quand il est possible de le faire par une opération qui n'expose pas les patientes à des dangers plus grands que ceux relevant de l'évolution naturelle de leur mal.

— Dire les raisons qui militent en faveur des opérations conservatrices dont la place se marque, actuellement, à côté des opérations mutilantes.

— Montrer l'évolution historique générale de la chirurgie conservatrice avec son origine lointaine, sa lente mais certaine progression, ses fluctuations, la diversité de ses moyens techniques et ses droits de conquête.

— Poser par avance, comme résumé et plan général, les conclusions qui nous paraissent découler de cette étude d'ensemble, en insistant sur la valeur réciproque et la destination différente des interventions praticables.

— Expliquer enfin de quelle façon nous avons cru devoir exposer ce long travail et donner les motifs qui nous ont fait attribuer une importance plus considérable à certaines de ses parties.

*

Les fibromes doivent être opérés. Nous croyons pouvoir l'affirmer en principe, car on a peut-être trop longtemps tablé sur la bénignité de ces tumeurs.

Loin de nous la pensée de tracer un tableau symptomatique, même résumé, de cette affection si fréquente que sont les fibromes, mais peut-on appeler bénigne une maladie qui se traduit par une évolution ne s'arrêtant guère spontanément, qui expose à de si nombreuses et quelquefois si graves complications et qui peut entraîner la mort, nous pouvons sans crainte maintenir le terme. Malgré l'opinion de Verneuil, qui déclarait, il y a quelques années à peine, n'avoir pas vu, dans sa longue carrière, de fibromes menaçant sérieusement la vie, il est absolument réel qu'on meurt encore de fibrome inopéré.

Notre maître, le P^r Pozzi, le disait fort bien dans une de ses leçons : « Les fibro-myomes utérins rentrent dans la catégorie des néoplasmes bénins ; mais ne nous illusionnons pas cependant sur le mot et gardons-nous d'en exagérer la valeur. Bénignité exprime l'absence de généralisation ganglionnaire, l'absence de métastases viscérales, l'absence de récurrence et de cachexie. Il ne faut pas lui faire dire davantage. Un néoplasme bénin dans sa structure peut être grave dans son évolution. » S'il est vrai, en effet, que bien des fibromes sont longtemps compatibles avec l'existence, peuvent même rester latents et insoupçonnés, il n'en existe pas moins que ce sont des tumeurs qui peuvent dégénérer (dégénérescence kystique, graisseuse, œdémateuse, calcifiante, télangiectasique, sarcomateuse, épithéliale même pour quelques-uns).

La dégénérescence sarcomateuse, entre autres, semble être hors de doute et prouvée par des métastases observées nettement. On a vu assez fréquemment la coïncidence du cancer épithélial avec le fibrome à ce point qu'elle pourrait ne pas être un pur effet du hasard. La dégénérescence polymorphe de ces néoplasmes s'explique bien d'ailleurs par leur origine inflammatoire qu'on tend de plus en plus à admettre. A. Martin, dont la grande autorité est reconnue, donne une statistique de la fréquence dégénérative des fibromes : sur 200 cas, il y eut 60 fois des dégénérescences variables. Nous pourrions citer, appuyant cette assertion, des exemples plus que nombreux rapportés par les auteurs : nous nous dispenserons ici de cette bibliographie inutile.

Une affection néoplasique qui, en dehors de l'anémie progressive par pertes hémorrhagiques incessantes et de l'éventualité, des dégénérescences multiples, occasionne des troubles de compression intestinale allant jusqu'à l'occlusion aiguë, la gangrène de l'intestin et du rectum, comme on l'a vue dans des cas même récents, des troubles urinaires (rétention d'urine, hydronéphrose, pyélonéphrite, albuminurie, urémie), qui ont parfois cessé après l'ablation du néoplasme, des phlébites avec accidents emboliques mortels, des névralgies extrêmement douloureuses avec retentissement sur le système nerveux et l'état mental, des douleurs dues au seul fibrome (fibromes douloureux, Terrillon, Galvani, etc.), des altérations inflammatoires des annexes, des phénomènes péritonitiques, des grossesses extra-utérines peut-être, des troubles cardiaques graves (syncope, asystolie, etc.), une affection néoplasique, disons-nous, qui se présente avec des moyens de nocivité si nombreux, n'est vraiment pas une maladie bénigne.

En résumé, si des fibromes peuvent laisser tranquilles longtemps les femmes qui en sont atteintes et leur permettre

de vaquer à une existence supportable, on peut dire que, le plus souvent, arrivera le jour inéluctable, où après avoir épuisé toutes les ressources thérapeutiques, des plus frivoles jusqu'aux plus impuissantes sinon dangereuses, les malades, jeunes mais inutiles, mûres mais impotentes, viendront réclamer elles-mêmes une amélioration à leur vie désormais intolérable ou la guérison radicale par une opération sanglante. Mais, alors, les médecins qui n'auront pas suffisamment combattu leur pusillanimité naturelle et pardonnable, qui l'auront même quelquefois encouragée en plaidant pour la temporisation outrée, auront encouru la responsabilité lourde d'avoir travaillé à l'infériorité de la patiente vis-à-vis d'une opération devenue forcément plus grave en ce sens qu'elle nécessite une technique plus importante, plus radicale et plus mutilante, agissant sur un organisme moins résistant par déchéance physiologique du cœur, ou des reins ou du foie.

Il est donc indiscutable que les fibromes sont, d'une façon générale, moins graves à enlever qu'à laisser évoluer, et que si la question est le plus souvent résolue de nos jours pour les gros fibromes, elle doit se poser aussi pressante pour les petits fibromes, car ce sera préserver de cette sorte l'avenir douteux par une chirurgie minima et sans risques apportant avec elle toutes chances de succès puisqu'elle opérera ces tumeurs pour ainsi dire « dans l'œuf ».

* *

Mais si la question des fibromes a subi dans ces derniers temps des changements profonds au point de vue du pronostic et des indications opératoires, c'est que la technique

opératoire a elle-même bien évolué, sans avoir cependant achevé son cycle d'une façon parfaite, comme nous le montrerons dans les considérations historiques générales que nous développerons plus loin. Il paraîtrait, au premier abord, que le traitement des fibromes dût s'adresser aux fibromes seuls et que, logiquement, la chirurgie conservatrice dût avoir une place très importante dans la thérapeutique de ces néoplasmes. Eh bien, pas du tout : on a sauté très rapidement des méthodes archaïques les plus indirectes aux entreprises les plus radicales de l'heure présente.

A côté du banal curettage, de la dilatation avec « le fagot de lamineires », de la discision bilatérale du col, de la destruction par dilacération, de la scarification intra-utérine avec débridement de la capsule et attente aux aguets plus ou moins inquiète et résignée de la gangrène et de l'élimination spontanée de la tumeur, l'électricité s'est efforcée à se constituer des droits scientifiques : il est certain que plusieurs guérisons *symptomatiques* ont été réalisées par elle ; il est vrai qu'elle a pu obtenir une similitude de régression par résorption d'exsudats plastiques et qu'elle a agi souvent par hypnose : elle a, en tout cas, cultivé toujours l'épouvante du bistouri et au besoin préparé sa défaite. Des travaux plus récents sur le traitement électrique des fibromes, plus sérieux et quelquefois remarquables, en précisant en toute vérité ses limites d'action, sont en même temps la condamnation de ses ambitions premières fort exagérées. En particulier, pour les fibromes sous-muqueux ou pour les polypes, la recherche de leur expulsion par les courants électriques nous apparaît comme un traitement non seulement long, douloureux, mais comme un acte thérapeutique inachevé, par conséquent entaché d'impuissance. Il y a quelques années à peine, on faisait encore souvent la castration ovarienne qui a donné quelques résultats, mais sur

laquelle, par optimisme bien compréhensible, on a cherché à s'illusionner. De temps à autre, même de nos jours, surgissent, à côté de ces pratiques démodées, des traitements plus ou moins bizarres établis sur des rapprochements qu'on a cru saisir entre certains phénomènes. Ainsi, par exemple, Howitz préconise l'application systématique de l'aspiration du sein (!) à cause des relations d'ordre réflexe qui existent entre la glande mammaire et les organes génitaux, la lactation et l'involution puerpérale : ceci se passe en 1896. Inutile d'ajouter que nous entrevoyons difficilement les bonnes volontés qui se seraient attachées à une telle besogne thérapeutique chez des femmes souvent frappées de ménopause. Ainsi encore, Miouziorski croit que le traitement de la faim (!) fera bien et propose de soumettre les malades au régime des obèses : ceci se passe en 1898. Ces pratiques, qui ne manquent pas d'intérêt récréatif, nous tenions à les citer pour montrer combien est encore loin d'être dissipée la crainte des interventions chirurgicales raisonnées et sûres.

Nous ne nous sommes pas écarté de notre sujet en rappelant, comme nous venons de le faire, ces traitements pseudo-chirurgicaux, nous avons voulu par cela même les dresser, vestiges d'une époque encore très récente et qui est un passé déjà, en face de la chirurgie radicale mutilante du jour à laquelle nous faisons allusion et qui est très haute et très large, très puissante et très belle : nous avons désiré ainsi ménager un face-à-face d'antithèse afin de mieux désigner l'espace trop vaste séparant les méthodes courantes de jadis et les opérations habituelles d'aujourd'hui, l'excès de timidité ou d'infériorité d'un côté et l'excès opératoire d'un autre, espace qu'une chirurgie aussi brillante peut-être, plus réservée et plus logique assurément, peut combler tout en réalisant le progrès et en s'en tenant à sa destination première : suppression de la partie

malade seule au sein même de l'organe à sauver, à moins qu'il ne soit tombé en désorganisation anatomique totale ou en ruine physiologique absolue. Dans la poursuite de ce progrès scientifique a pesé la loi inévitable et générale des étapes révolutionnaires : on a frappé de grands coups qui ont parfois dépassé le but ; puis, étonné de la trop large besogne accomplie, on tend à revenir en arrière, on se recueille, on médite, on fraternise même. La chirurgie utérine a fait sa révolution sanglante et voici qu'elle devient mesurée et conservatrice : jetée, on peut le dire, à l'aventure hasardeuse, elle a pu prendre et montrer ainsi par ses succès triomphaux la mesure de sa puissance d'entreprise et de guérison, puis assagie, elle s'est demandé si, pouvant beaucoup, son rôle strict et son avenir véritable n'étaient pas l'extirpation des seules tumeurs et la conservation des organes.

La nécessité des interventions conservatrices en fait de fibromes est une vérité si lumineusement simple qu'elle doit pénétrer tous les esprits, et cependant, dans le mouvement complexe des idées et dans le tâtonnement des efforts vers la perfectibilité, la notion initiale de la simplicité du but à poursuivre peut s'oublier un temps, au point qu'il n'est pas inutile parfois d'y ramener l'intérêt ; c'est pourquoi nous voulons rappeler les raisons qui doivent militer en faveur des opérations conservatrices : ces raisons sont d'ordre anatomique et physiologique, et d'ordre purement opératoire.

Ce n'est pas, en effet, commettre un acte sans portée grave, au point de vue anatomique et physiologique, que de supprimer par une castration utéro-annexielle les fonctions multiples d'ovulation, de menstruation, de fécondation et de reproduction. Enlever l'utérus, c'est abolir toutes ces facultés et c'est troubler peut-être la statique viscérale pelvienne ; extirper l'ovaire, c'est abolir non seulement sa fonction

germinative qui est sa plus visible et sa plus haute destination et porter atteinte, dans nombre de cas, à la perpétuation de l'espèce, mais c'est peut-être enrayer du même coup une fonction sécrétoire dont la connaissance est encore bien obscure et qui attend encore sa démonstration. Un courant scientifique indéniable est venu montrer l'importance des sécrétions glandulaires récrémentitielles, et les plus grands noms de tous les pays se sont attachés à l'étude de la question opothérapique, qui s'est étendue non seulement à l'ovaire, mais à tous les autres organes, d'où les opothérapies hépatique, surrénale, thyroïdienne, pulmonaire, médullaire, splénique, gastrique, etc., etc. Évidemment on a été très loin dans l'engouement, comme toujours, et il y a eu des puérilités manifestes, mais il s'en dégage une idée générale qui pourra être féconde.

Du reste, à la suite de cette impulsion nouvelle est sortie, dans cette dernière période de temps, toute une chirurgie conservatrice des annexes due à l'initiative de Schroeder, A. Martin, Gersuny, Abel, Sippel, Zweifel, Mackenrodt, Chrobach, Polk, Dunn, Dudley, etc., etc., à l'étranger; Pozzi, Schwartz, Richelot, Tuffier, Delbet, Legueu, Goullioud, etc., en France, chirurgie consistant dans l'ignipuncture, la résection de l'ovaire, la salpingorrhaphie, la salpingostomie, etc. Bien qu'il faille apporter quelque modération dans l'application de cette chirurgie annexielle, nous sommes déjà loin, on le voit, de l'époque de castration à outrance inaugurée par Lawson Tait, qui voulait la castration bilatérale même quand les annexes étaient malades d'un seul côté.

Avec la conservation des annexes ou leur restauration, dans les cas où elle est possible sans péril, on ne fait pas que plaider pour le maintien des dispositions anatomiques et des fonctions normales de la femme, on respecte le pouvoir

procréateur, on sauvegarde l'intérêt social, on fait dans une certaine mesure et par anticipation de la puériculture. Sans dire comme La Torre, au dernier Congrès international, sous une forme naïve, que : « l'utérus est utile pour la femme, pour la famille, pour la société et pour la science » ; sans dire comme lui : « que la femme ne vit que pour le désir d'être mère, pas autre chose », et sans recourir, comme ce gynécologue, à des arguments sentimentaux et esthétiques (que nous sommes les premiers à apprécier en leur place), lorsqu'il invoque les madones de Raphaël et de Murillo pour trouver chez ces vierges immaculées l'expression puissante du besoin et du bonheur maternels, il est certain qu'on doit affirmer la légitimité du désir ou mieux de la faculté de procréation. D'ailleurs, au-dessus du désir maternel, qui est d'ordre simplement moral, le médecin doit considérer surtout l'intangibilité du pouvoir procréateur, lorsqu'il est compatible avec l'état de santé.

On a beaucoup agité, et depuis longtemps, la question de la stérilité due à la présence de fibromes : elle a suscité de nombreuses controverses et Hofmeier, au dernier Congrès international de médecine, soutenait son peu de fréquence réelle. Malgré tout, il n'est pas douteux qu'il y ait des exemples assez nombreux de femmes demeurées stériles pour cette cause, soit par la déformation et l'inaptitude de l'utérus qu'entraîne la tumeur, soit par les métrorrhagies et bien d'autres raisons que fait naître un état pathologique de longue durée et que l'on ne dit pas toujours. Quoi qu'il en soit, il n'est pas à nier qu'il est des femmes, ayant eu, depuis leur début conjugal, des fausses couches répétées, et ce n'était pas le désir de mener une grossesse à terme qui leur manquait ; au bout de plusieurs années, elles consentaient enfin à se faire examiner sérieusement et on leur trouvait alors un ou plusieurs fibromes ; croit-on que ces tumeurs ont été

étrangères à ces avortements successifs? et ne peut-on penser, avec quelque raison, qu'une opération conservatrice, faite à son heure, et dans des conditions possibles n'aurait pas évité parfois une infécondité irréparable?

Cependant, pour vouloir soutenir la belle cause de la chirurgie conservatrice, il ne faut pas aller soulever des arguments qui nous semblent pour le moins inutiles. Ainsi, M^{lle} Gunzbourg, dans sa thèse, prévient les femmes qu'elles éviteront par les méthodes conservatrices la déchéance morale qui suit l'hystérectomie totale. Parler de déchéance morale c'est prononcer une parole grave : l'hystérectomie totale aura toujours ou très longtemps sa raison d'être soit pour gros fibromes, soit pour d'autres tumeurs, etc. : accréditer cette opinion, c'est laisser entrevoir aux malades qui devraient bénéficier de cette intervention mutilatrice, un avenir de déchéance lamentable qui ne répond d'ailleurs pas à la réalité des faits.

La chirurgie conservatrice pour fibromes possède une autre raison majeure d'être, en dehors du respect aux fonctions dévolues à l'utérus et à ses annexes : nous voulons parler de sa bénignité opératoire; c'est là le point capital, qui sans diminuer les autres, doit, à notre sens, les primer tous absolument. Malgré la perfection de l'hystérectomie abdominale ou vaginale totale, l'amélioration rapide et très sensible des statistiques et du pourcentage de la léthalité, nous estimons qu'on n'a pas le droit de faire encourir à des femmes pouvant encore tolérer longtemps un fibrome, des opérations graves, il faut le dire, sans recourir à des procédés plus simples, moins immédiatement radicaux peut-être, mais dans tous les cas sans danger. Malgré les conditions requises de véritable habileté et de sécurité aseptique sincère, il est certain que ce n'est pas sans anxiété qu'on voit courir une chance qui n'a que deux issues : la guérison ou la

mort. Il reste, il est vrai, à prouver que la chirurgie conservatrice, dans certaines de ses interventions, est moins grave que l'hystérectomie totale : ce point est peut-être contestable lorsqu'il s'agit d'opérations abdominales conservatrices entreprises pour de volumineuses tumeurs, mais pour ce qui est des interventions vaginales conservatrices il semble être assurément acquis.

De plus, la chirurgie conservatrice a pour elle d'être préalablement et toujours exploratrice : elle peut juger en dernier ressort de la justiciabilité de la conservation au moins partielle ou bien du sacrifice total de l'organe sans que, dans ce dernier cas, la technique opératoire en soit nullement entravée.

Convaincu de l'utilité de la chirurgie conservatrice, on devra tendre à opérer de bonne heure : c'est là une des conditions qui la rendra le plus souvent possible et avec le moins d'aléa : on fera ainsi de la chirurgie initiale et, si l'on peut dire, prophylactique.

En résumé, en se plaçant au point de vue des fonctions multiples de la menstruation, de la fécondation et de la reproduction, et peut-être au point de vue de la fonction ovarienne, quant à son rôle de sécrétion interne, au point de vue de l'exploration et surtout du pronostic opératoire, la chirurgie conservatrice mérite de tenir un rang considérable dans le traitement des fibromes.

La chirurgie des fibromes, envisagée dans son histoire, a obéi à trois tendances diverses ayant eu des fortunes différentes et une influence inégale : on a cherché à enlever les fibromes en sacrifiant l'utérus, on a essayé de faire disparaître

ces tumeurs par des opérations évitant les dangers inhérents à l'ablation directe, on s'est efforcé aussi d'extirper ces néoplasmes en conservant autant que possible l'utérus et ses annexes. Il n'y a pas eu là, du reste, une succession qui puisse correspondre à des phases bien définies chronologiquement.

La chirurgie conservatrice, soit par ses opérations vaginales ou abdominales, soit par des méthodes indirectes, a tantôt précédé la chirurgie mutilatrice, tantôt encore marché de pair avec elle, tantôt enfin s'est effacée devant son progrès. Mais on peut dire qu'elle a été dans son ensemble inaugurale et initiatrice, et l'on peut affirmer qu'en ces derniers temps elle tente un nouvel essor et reconquiert une partie de son patrimoine perdu.

La méthode conservatrice de l'utérus et de ses annexes dans le traitement des fibromes par *voie abdominale* ne date guère de plus d'un demi-siècle, en y comprenant les premiers essais et les cas d'aventure, car son application délibérée et systématique n'a pas plus de vingt années d'existence.

En suivant ses progrès à travers l'exposé chronologique que nous en ferons plus loin, nous pourrions voir, en effet, que le sillon tracé par elle est creusé d'une façon fort inégale.

Dans une première phase, pour ainsi dire préhistorique, on n'opère pas les fibromes à évolution abdominale : c'est une période d'incurabilité, les femmes meurent de leurs tumeurs fibreuses d'une façon inéluctable, comme actuellement, les cancéreuses sont dévolues à une mort certaine. De temps à autre cependant, et guidés là, par des erreurs de diagnostic, les chirurgiens se trouvent en présence d'un fibrome inattendu, et reculant devant l'inconnu opératoire, ils se hâtent de refermer le ventre.

Dans une deuxième phase, quelques myomectomies abdo-

minales sporadiques sont tentées sans succès par les uns, avec bonheur par d'autres, et elles sont considérées à ce moment comme des actes d'audace.

Mais ces premières tentatives sont dirigées contre les seuls fibromes et non contre l'utérus en même temps ; à son origine, la chirurgie des fibromes est donc conservatrice, non pas seulement parce que timide et incertaine, parce qu'aussi il ne paraît pas naturel, au premier abord, d'extirper en même temps que le néoplasme l'organe tout entier qui le porte. Cette période s'étend à peu près de 1837 à 1864.

Parallèlement aux opérations abdominales, les opérations vaginales *conservatrices* se font une place plus décisive et mieux déterminée ; cela se comprend, à cause de la plus facile accessibilité des fibromes à évolution pelvienne ou vaginale et des voies naturelles qui sont tout indiquées pour les atteindre. Pour les polypes, la question était simple bien qu'elle ait donné lieu à des controverses. Pour les fibromes sous-muqueux et interstitiels, Amussat, dès 1840, pratiquait l'énucléation vaginale : il fut suivi par Lisfranc, Boyer, Maisonneuve, Bérard, etc., et imité en Amérique par Atlee, Baker-Brown, Duncan, West, Sims, etc., mais à cause des désastres dus à l'infection qui régnait alors, cette séduisante et logique opération tombait sous les attaques de Jarjavay et de Guyon vers 1850 et 1860.

La chirurgie conservatrice tant vaginale qu'abdominale subit alors une éclipse presque complète pendant de nombreuses années.

Dès 1864, avec Kœberlé, puis un peu plus tard avec Péan (1869) et Pozzi (thèse d'agrégation, 1875), commence une troisième période pour la technique opératoire des fibromes, plus active, plus féconde, constamment progressive en ses résultats et dont l'évolution s'est accomplie en 36 ans seulement. Cette chirurgie est devenue de plus

en plus mutilante en raison des cas, il est vrai, qui sont venus à elle, cas généralement compliqués, importants par un volume tel que l'éradication totale semblait à leur égard la conduite la plus logique, d'où le perfectionnement continu de la technique dans ce sens.

Pourtant, la méthode conservatrice presque oubliée, plutôt en puissance que réelle, se manifestant seulement par des cas rares et isolés, semble à un moment vouloir renaître, et la myomectomie abdominale, l'énucléation trans-péritonéale, effacée à côté de l'hystérectomie, sort de l'indifférence ou plutôt se crée avec A. Martin (de Berlin), qui fait cette opération sienne par la façon dont il la règle, la précise, l'indique et l'applique. Ardemment convaincu, A. Martin suscite en Allemagne le partage de ses idées. Si nous disons que les essais de Martin ont été imités par les maîtres de Berlin, Munich, Leipzig, Hambourg, Dresde, Breslau, Strasbourg, Bonn, Greifswald, etc., on comprendra mieux que par les noms des chirurgiens que nous citerons plus tard, l'ampleur qu'avait prise la nouvelle méthode dans ce pays. L'Autriche, principalement avec les chirurgiens de Vienne, la Russie, l'Angleterre, la Hollande, la Suisse et la France ne suivirent que de très loin. De même que A. Martin était en Europe le promoteur de l'énucléation abdominale, H. Kelly (de Baltimore) en Amérique, mais 14 ans plus tard, s'en faisait le défenseur enthousiaste. En France, il y eut de 1889 à 1891 quelques opérations isolées dues en particulier à notre maître le P^r Pozzi, à Jaboulay, à Bouilly, Terrillon, Doléris. En 1891 parut le mémoire d'ensemble sur la question, de Chevrier inspiré par Doléris. Mais il n'eut pas grand écho si ce n'est peut-être en Amérique où, l'année suivante, H. Kelly se lançait dans cette voie.

De 1891 à 1896, en France, que ce soit à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, à la Société de chirurgie de

Paris, aux Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux, aux Congrès annuels de chirurgie de Paris, le radicalisme opératoire le plus absolu se concentre sur l'hystérectomie abdominale totale ; mais quelques rares cas publiés d'énucléation abdominale (Pozzi, Queirel, Pothérat), la recommandation par quelques-uns (Pozzi, Richelot, Routier, Ricard) de se servir de l'énucléation des fibromes comme temps préliminaire et auxiliaire du désenclavement dans l'hystérectomie abdominale, l'éclectisme justifié et reposant sur une vaste expérience plaidé par Péan, peuvent être déjà considérés comme les signes avant-coureurs de la méthode conservatrice par voie abdominale dans notre pays. En 1896, en effet, elle sort de cette période pour ainsi dire latente, et s'affirme par les opérations et publications de Témoin (de Bourges) : elle prend dès ce moment droit de cité dans la chirurgie gynécologique.

De 1896 à 1899, Monprofit, Ricard, Tuffier, Legueu, Duplay, Blanc, Pauchet, etc., etc., apportent de nombreuses observations en sa faveur, dans les périodiques, à la Société de chirurgie, au Congrès de gynécologie et d'obstétrique d'Amsterdam, aux Congrès de chirurgie de Paris. Toutefois dans cette même période, l'hystérectomie abdominale atteint son apogée, bien que quelques chirurgiens, Tuffier et Reclus entre autres, commencent à montrer dans cette opération radicale elle-même une certaine tendance conservatrice, la voulant hystérectomie pure et non plus hystéro-ovariectomie.

A côté des efforts de la chirurgie conservatrice par voie abdominale, il faut noter les tentatives pour remettre en honneur les anciennes méthodes vaginales, pour faire revivre en particulier la vieille opération d'Amussat. Emmet (1874), Dezanneaux (1882), Péan surtout (1883) avec son élève Secheyron y contribuèrent ; en 1889, il y eut même à

la Société de chirurgie une importante discussion à son sujet à laquelle prirent part Terrillon, Lucas-Championnière, Bouilly, Pozzi, Terrier, etc. Mais cette reviviscence fut de courte durée, toute l'attention se portant désormais vers l'hystérectomie abdominale ou vaginale totale. Puis, tandis que des opérations abdominales et des interventions vaginales combattaient avec des sorts différents pour la chirurgie conservatrice, un nouvel effort, presque repoussé il faut le dire, était tenté par une autre méthode, indirecte celle-ci : la méthode atrophiante au moyen de ligatures vasculaires établissant autour de l'utérus, comme l'a dit notre maître Segond, une sorte de blocus systématique destiné à réduire les fibromes « par la famine ».

Les ligatures atrophiantes, qui avaient été essayées d'une façon éparsée par Hofmeier, Von Antal, Fritsch, Gubaroff, Rydygier, Baumgartner, Dorsett, etc., tentèrent la vogue, en 1892, avec Franklin Martin (de Chicago), suivi par un grand nombre de chirurgiens américains, et avec Gottschalk (de Berlin), tandis qu'en France, un peu plus tard, à partir de 1897, Hartmann et Fredet leur donnent un regain d'actualité par leurs recherches anatomiques et la simplification des procédés, mais ils n'obtinrent qu'un accueil réservé de la part de la majorité chirurgicale.

En somme, on le voit, dans les vingt dernières années, soit par des opérations vaginales ou abdominales diverses, soit par des ligatures atrophiantes, un courant de chirurgie conservatrice s'est reconstitué, a côtoyé le grand courant de la chirurgie mutilatrice pour fibromes, et c'est ainsi que l'an dernier, en 1900, au XIII^e Congrès international, la chirurgie conservatrice est devenue la grande question du jour. La discussion porte alors surtout sur la voie la meilleure à suivre pour la réaliser dans le plus grand nombre de cas. Témoin, Monprofit, Tuffier plaident pour l'énucléation abdo-

minale ; notre maître Segond pour l'énucléation vaginale au moyen de l'ancienne opération d'Amussat-Péan complètement rénovée par lui. Dmitri de Ott également plaide pour les interventions vaginales. Les anciens adversaires, les laparotomistes et les hystérectomistes se retrouvent encore en présence sur un nouveau terrain ; les uns et les autres ont appris le respect dû à l'utérus même fibromateux, mais ils se séparent pour arriver à lui, les uns ayant pour prédilection la voie large de l'abdomen, les autres la voie plus étroite mais plus naturelle du vagin, tous, au fond, obéissant à leurs aptitudes, à leurs habitudes, à leur instinct chirurgical.

Nous voulons, pour terminer cet exposé historique général, montrer par un rapprochement de faits combien les opinions les plus divergentes avaient cours dans ces tout dernières années.

Au Congrès de Rome de 1894, Thomas More Madden (de Dublin) s'affichait comme un réactionnaire ardent de toute chirurgie dans le traitement des fibromes, fulminait contre l'hystérectomie abdominale totale dirigée contre « une maladie qui, abandonnée à elle-même, a une mortalité nulle », et particulièrement, lançait l'anathème contre la myomectomie ou énucléation trans-utérine : « cette opération, disait-il, si l'on considère son issue trop fréquente, est plutôt destinée à enlever la malade à la tumeur que la tumeur à la malade !! »

Au Congrès d'Amsterdam, en 1899, Gordon (de Portland) affirme que la myomectomie, ou énucléation, est une mauvaise opération : « car la vraie chirurgie conservatrice est celle qui conserve la santé et non des organes inutiles ! »

Et pendant la même période de temps, de 1894 à 1899, l'hystérectomie abdominale totale, perfectionnée, arrive à son apogée. Nombre de chirurgiens se disputent l'honneur de

l'avoir créée, modifiée, transformée, de lui avoir donné une empreinte ineffaçable d'originalité, et quelques-uns, la proclament l'opération Unique : tout utérus qui récéle un fibrome, même accompagné d'annexes innocentes, lui est sacrifié. Ce grand mouvement de chirurgie radicale porte cependant ses fruits, car l'on possède, à l'heure actuelle, une opération éminemment utile, admirablement réglée, et ce progrès très réel a sa cause dans l'exagération même de sa poursuite.

Mais, entre ces deux opinions extrêmes, celle de quelques-uns, rares il est vrai, qui par des mots déridant les graves assemblées, résument leur thérapeutique d'abstention totale, et celle du plus grand nombre, pour qui l'utérus fibromateux est toujours justiciable de l'hystérectomie totale, la chirurgie conservatrice a fini cependant par se faire une place qui tend à devenir de plus en plus considérable, chose curieuse, grâce précisément à l'apostasie scientifique des plus irréductibles. Après la marche en avant et en excès, pouvons-nous dire, dans le sens des opérations radicales, l'on en arrive à penser, avec juste raison, que les hystérectomies totales dépassent quelquefois le but lorsqu'on veut les appliquer à des fibro-myomes qui, par leur simplicité topographique, leur volume modeste, ne réclament en somme que leur extirpation individuelle et non la suppression simultanée de l'utérus qui les contient, et l'on revient donc maintenant à la méthode originelle conservatrice, aux myomectomies pures et simples pour fibromes pédiculés, à l'énucléation abdominale ou vaginale pour fibromes sessiles ou interstitiels.

Pour ce qui est des opérations conservatrices sur l'utérus gravide, on est déjà loin, heureusement, de l'époque où l'on clamait au sacrilège quand on touchait à cet organe en gestation, et le progrès a suivi celui qui s'est manifesté

concernant les utérus fibreux non gravides, ainsi que nous le signalerons dans un chapitre spécial.

Il peut sembler paradoxal de résumer par avance, sous forme de conclusions, les considérations auxquelles l'étude de la méthode conservatrice donne lieu, mais il ne nous paraît pas inutile de dire ici : d'abord les indications générales de la chirurgie conservatrice en fait de fibromes, puis les indications particulières des diverses interventions qu'elle utilise, enfin la valeur relative des différentes opérations entre elles.

A. Indications générales de la chirurgie conservatrice.

Le but auquel doit toujours tendre la chirurgie est de concilier le principe de l'ablation des tumeurs avec celui de la conservation des organes. Ce principe d'ordre général est parfaitement applicable aux fibromes, et nous ne voyons pas pourquoi il serait le plus souvent violé quand il s'agit de ces néoplasmes, alors que, précisément, leur disposition anatomopathologique indépendante permet, presque toujours, leur extirpation isolée de l'organe contenant.

Tout fibrome doit être opéré, même lorsqu'il ne se manifeste que par des troubles fort peu accentués ; bien plus, tout fibrome doit être opéré parce que plus la tumeur est petite, moins multipliée, mieux localisée, moins l'opération est grave et plus la chirurgie conservatrice pourra être appliquée. Il faut, au sujet des fibromes, en arriver à la conduite aujourd'hui indiscutée que l'on tient vis-à-vis des kystes de l'ovaire, et c'est ainsi qu'on verra de moins en moins de ces tumeurs monstrueuses, dont l'ablation exige une éradication

entière de l'utérus complètement déformé et méconnaissable, dans des conditions de péril grave, malgré la perfection des grandes interventions mutilatrices.

La chirurgie conservatrice est surtout indiquée chez les femmes jeunes ou du moins encore éloignées de la ménopause, dont l'effet régressif sur les fibromes est reconnu absolument inconstant si ce n'est illusoire ; du même fait, on ne portera pas atteinte à la possibilité maternelle, et l'on mettra aussi à l'abri des cas de dystocie, si la grossesse vient à se produire.

Les interventions conservatrices n'ont pas contre elles, le plus souvent, les contre-indications basées sur le mauvais état général (anémie, cardiopathies, diabète, albuminurie, etc.) qui sont un empêchement parfois des grandes opérations mutilantes, ainsi non plus que les contre-indications tirées de l'âge plus ou moins avancé des malades. Cet avantage des méthodes conservatrices tient à leur caractère de bénignité indiscutable, du moins pour la plupart d'entre elles.

Les opérations conservatrices directes proprement dites, soit abdominales, soit vaginales, ont cette supériorité réelle d'être d'abord éminemment exploratrices et de permettre d'obliquer séance tenante vers les opérations radicales totales reconnues inévitables, d'autant plus qu'elles sont implicitement contenues dans ces dernières dont elles sont le premier temps.

Les opérations conservatrices sont *radicales* au plus haut chef puisqu'elles visent à enlever toute la tumeur et y réussissent le plus souvent.

La possibilité d'une récurrence n'annihile pas la valeur de telles interventions, parce que, outre qu'elle est rare, on sera toujours à temps de pratiquer une castration totale, une panhystérectomie, et le temps quelquefois considérable

écoulé entre la première opération conservatrice et la dernière mutilatrice peut être compté, ainsi qu'il en est des exemples, comme un très véritable bénéfice thérapeutique obtenu au prix de très peu de dangers.

B. Indications particulières des diverses interventions conservatrices.

Nous ne pouvons être ici qu'extrêmement bref et qu'énumérer ces indications.

Nous avons envisagé : 1° les méthodes atrophiantes ou indirectes ; 2° les méthodes directes abdominales ; 3° les méthodes directes vaginales ; 4° les méthodes directes par voie périnéale ; 5° les interventions sur utérus fibreux pendant la puerpéralité. Les méthodes atrophiantes comprennent : 1° la ligature des vaisseaux tubo-ovariens ; 2° la ligature des artères hypogastriques, soit par le procédé sous-péritonéal, soit par le procédé transpéritonéal ; 3° la ligature des artères utérines par voie abdominale (procédé de Rumpf-Hartmann-Fredet, procédé d'Altuchoff-Sneguroff) ; 4° la ligature du pédicule vasculo-utérin par voie vaginale (procédé de Martin-Gottschalk, de Goëlet ; ligature à laquelle on a quelquefois substitué l'angiotripsie ou l'application de pinces à demeure).

Ces méthodes atrophiantes peuvent rendre des services dans les gros fibromes compliqués, inopérables, devenant du reste de plus en plus rares, et chez des femmes ne pouvant faire face à des interventions plus curatrices, mais plus graves. Quelques chirurgiens ont tenté de les appliquer systématiquement aux fibromes tout à fait au début, mais sans avoir entraîné, semble-t-il, la conviction. Les opérations conservatrices abdominales comprennent : 1° la polypectomie abdominale, pour polypes fibreux intra-péritonéaux à étroit ou large pédicule ; 2° les énucléations ou

myomectomies abdominales, soit trans-utérines (Ricard, Témoin, Tuffier, etc.), avec ou sans ouverture de la cavité de l'utérus, pour fibromes sous-péritonéaux sessiles principalement, pour fibromes interstitiels et quelquefois même pour fibromes sous-muqueux sessiles, soit trans-ligamentaires pour fibromes du ligament large. Les opérations conservatrices vaginales comprennent : 1^o les polypectomies vaginales pour polypes fibreux au stade utéro-cavitaire ou au stade utéro-vaginal, pour polypes géants, pour polypes sphacélés, pour inversion polypeuse ; 2^o l'énucléation vaginale avec ou sans morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale selon le procédé de P. Segond dérivé, d'une façon superficiellement analogique, de l'ancien procédé d'Amussat et de Péan, pour fibromes sous-muqueux sessiles, interstitiels et du ligament large ; 3^o l'hystérotomie médiane antérieure ou postérieure par voie vaginale pour fibromes sous-muqueux sessiles, interstitiels, sous-péritonéaux sessiles et pour polypes cavitaires ; 4^o les myomectomies par incision para-utérine ou colpotomique antérieure, avec ou sans ouverture du péritoine (fibromes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés de la face antérieure et du fond de l'utérus), postérieure (fibromes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés de la face postérieure de l'utérus et fibromes ayant dédoublé la cloison recto-vaginale), latérale (fibromes intra-ligamentaires). Les opérations conservatrices par voie périnéale comprennent : les périnéotomies par incisions de Zuckerkandl ou de Säger, et s'adressent à certains fibromes ayant dédoublé la cloison recto-vaginale. Les opérations conservatrices dans le traitement des fibromes pendant la puerpéralité, comprennent : les polypectomies et énucléations abdominales ou vaginales, la césarienne avec myomectomie consécutive. Nous avons considéré chacune de ces opérations pendant la grossesse,

l'accouchement et le post-partum. Nous avons consacré aussi quelques lignes à l'ablation de fibromes à l'occasion de grossesses extra-utérines.

C. Valeur relative de ces différentes interventions conservatrices.

Il serait vraiment présomptueux et même puéril que de vouloir faire comparaître au jugement les trois méthodes principales (ligatures atrophiantes, interventions abdominales, interventions vaginales) que nous avons étudiées, et de songer à décider de leur sort ou d'accorder lyriquement la palme à l'une d'elles. En somme, l'idée de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes retourne au creuset de sa genèse, et le moment n'est pas encore venu d'apprécier catégoriquement, en quelques phrases, les moyens chirurgicaux qu'elle met en action. Nous n'oserions donc prendre cette responsabilité, estimant que pour l'assumer il faut attendre la démonstration spontanée qui résultera des faits enregistrés dans un avenir plus ou moins prochain. En attendant, nous ne croyons devoir nous permettre que des impressions. Et les voici : les méthodes atrophiantes nous apparaissent comme une chirurgie fort indirecte, par conséquent de deuxième plan, composée d'opérations, ou pour dire plus exactement, de manœuvres de nécessité, au cours d'extirpations impossibles : c'est une chirurgie de retraite et plutôt palliative. Vouloir l'appliquer, par contre, à des fibromes au début, au moyen de ligatures du pédicule vasculo-utérin par voie vaginale par exemple, nous semble inutile, puisque à *minimum égal* de danger opératoire, il est des opérations qui ont le triple avantage d'être exploratrices, directes, radicales. L'accueil réservé, fait à cette méthode, par la Société de chirurgie de Paris, le peu d'écho à son sujet dans la littérature scientifique, la place à très

respectueuse distance qu'elle a tenue au Congrès international de 1900, nous autorisent à penser ainsi. Cependant, des tentatives récentes (Hartmann et Fredet) auxquelles elle a donné lieu, sont sorties des études anatomiques complètes et une technique opératoire définitive pour certains cas de nécessité.

On ne nous reprochera toutefois pas d'avoir exhumé cette méthode, qui passe pour morte auprès de nombre de chirurgiens, pour faire œuvre funéraire ou commémorative, car il nous a paru juste de lui faire dans ce travail d'ensemble la place qu'elle n'a point encore tout à fait perdue.

Pour les opérations conservatrices par voie abdominale, il est évident, nous l'espérons, que la cause est entendue à propos des polypes utérins intra-abdominaux même assez volumineux : du moment qu'il n'y a qu'à sectionner un pédicule, on ne voit pas pour quelle raison l'utérus devrait expier pour son produit pathologique. Quant aux myomectomies abdominales, aux énucléations, elles sont certainement bien indiquées pour des fibromes sous-péritonéaux sessiles peu nombreux, peu considérables : des succès, concernant des cas plus difficiles que ceux que nous venons d'indiquer, permettent de l'affirmer; de plus, ces opérations ont l'avantage de pouvoir pratiquer un examen facile des annexes, faire une castration unilatérale, ce qui suffit pour la chirurgie conservatrice utéro-annexielle, restaurer même l'ovaire et la trompe (ignipuncture, résection ovarienne, détachement d'adhérences, salpingorrhaphie, etc.), mais à la condition d'être fort réservé si l'on s'engage dans cette dernière voie. Quant aux énucléations ou myomectomies appliquées aux fibromes sous-muqueux, avec ou sans parti pris d'ouvrir la cavité utérine, nous croyons que c'est, pour l'heure présente, aller un peu loin et soumettre les malades à un aléa opératoire qu'elles ne doivent pas courir, alors que précisément,

pour cette même catégorie de fibromes, il est des opérations vaginales bien plus bénignes sans conteste. Ne l'oublions pas, ce qui doit constituer la valeur, avant tout, de la chirurgie conservatrice, c'est sa bénignité pronostique qui surpasse les motifs anatomiques et physiologiques que nous avons invoqués plus haut. Ces opérations sont des interventions péritonéales; or, qui peut se vanter d'ouvrir impunément un péritoine avec infailibilité aseptique! et il s'agit ici de myomectomies à travers cette séreuse, à travers un utérus ouvert en pleine cavité péritonéale, pouvant y laisser suinter du sang à travers des sections qui ne sont pas toujours hermétiques, malgré le soin apporté aux sutures, et qui sont quelquefois en communication avec le canal utérin. La chirurgie abdominale conservatrice possède des indications assurées, même assez nombreuses, elle a des avantages qui lui appartiennent en propre, mais du moment que la sécurité aseptique, qu'elle brave après tout, souvent avec succès il faut le reconnaître, ne sera pas certaine d'une façon absolue, elle devra rapprocher ses limites. Parmi les opérations conservatrices par voie vaginale, nous ne parlerons pas des polypectomies dont les indications sont incontestées, mais de l'énucléation avec ou sans morcellement par hystérotomie, principalement par hystérotomie cervico-vaginale selon le procédé de Segond. Ses indications sont, d'une manière générale, l'unicité et le volume peu considérable du fibrome, la régularité approximative de l'utérus, la mobilité de cet organe, la présence d'annexes saines. Telle est la formule indicatrice dans toute sa rigueur, mais elle est certainement plus extensible, ainsi que le prouvent les observations que nous rapportons; Segond a, par exemple, enlevé quelquefois deux fibromes, des tumeurs qui atteignaient le poids de 1200 grammes, et procédé à l'énucléation sur des utérus dont les

annexes n'étaient pas indemnes tout à fait. Ce procédé a des avantages indéniables : il est moins dangereux que n'importe quelle opération abdominale : il n'expose pas aux hémorrhagies primitives ou secondaires, à la blessure de l'intestin, de la vessie, des uretères ; il ne comprend pas l'ouverture du péritoine et met à l'abri plus que tout autre procédé, des accidents d'infection ; le drainage est toujours possible et dans les meilleures conditions : en dehors de la cavité abdominale et dans la déclivité. Sa simplicité d'exécution est maxima puisqu'il n'exige, à la rigueur, aucune suture (dans les opérations abdominales il faut recoudre et l'utérus et la paroi de l'abdomen : les sutures utérines exigent d'ailleurs un soin tout particulier). Il évite la cicatrice abdominale et les éventrations possibles. Sa bénignité est telle, qu'il peut être exécuté chez les femmes assez âgées et chez celles dont le très mauvais état général ne permettrait pas certainement une intervention plus grave.

Aussi, n'est-ce pas trop s'avancer en affirmant qu'on est en droit d'opérer tout fibrome par cette opération (quand elle est anatomiquement possible évidemment) quand bien même il ne donnerait lieu qu'à de légers symptômes ; on peut ainsi arrêter, dès le début, l'évolution d'un fibrome qui plus tard exigerait une intervention plus importante, et c'est ce qui fait que le champ d'action de l'énucléation par hystérotomie cervico-vaginale peut être appelé à s'étendre de plus en plus.

Nous ne pouvons résister au désir de citer l'exemple de cette malade qui, ayant des métrorrhagies abondantes depuis huit ans et des troubles compressifs localisés et marqués, consulte, en une sorte d'exode européen, pour ne parler que des chirurgiens de plusieurs capitales : Chroback et Schauta (de Vienne), Jonnesco (de Bucarest), Winckel (de Munich), Lucas-Championnière, Terrier, puis enfin Segond. Trois de ces

chirurgiens furent pour l'hystérectomie abdominale totale, trois autres pour l'hystérectomie vaginale : un seul, notre maître Segond, se prononça pour la chirurgie conservatrice. Grâce à l'énucléation vaginale par hystérotomie bilatérale, cette malade évita une opération grave, une opération mutilante et recouvra la santé.

Nous ne pousserons pas l'enthousiasme prosélytique en faveur de la chirurgie conservatrice au point cependant de contester leur valeur aux opérations plus radicales : il est une chirurgie mutilatrice utéro-annexielle inévitable, parce que ses indications en sont inévitables : on trouvera longtemps encore des fibromes que la pusillanimité aura souvent laisser grossir indéfiniment ; il y aura encore longtemps des fibromes inconnus ou irrévélés aux femmes qui en sont atteintes et, de ce fait, admis tardivement à la solution chirurgicale ; il y en aura d'un polymorphisme si disparate, d'une disposition topographique si contraire à toute conservation possible, qu'ils nécessiteront l'éradication absolue et totale.

* * * * *

Nous avons, dans ce travail, exposé les diverses opérations conservatrices pratiquées ou applicables, et à chacune d'elles nous avons consacré trois chapitres principaux : l'historique, la technique opératoire, les indications et contre-indications. Nous avons donné à la question historique une importance que l'on pourrait trouver trop considérable ; il nous a semblé cependant qu'il pouvait être intéressant, non pas seulement d'exposer l'état actuel de la science, mais, planant au-dessus de ce vaste champ d'études et d'essais, pour la cure radicale des fibromes poursuivie depuis longtemps, de

montrer la chirurgie conservatrice, comme à vol d'oiseau, et d'en faire saisir ainsi l'évolution et le déploiement continus.

Bien qu'il nous intéresse avant tout, au point de vue pratique, d'avoir en main un procédé clair, réglé, méthodique, rapide et facile auquel on pourrait se tenir, nous ne croyons pas qu'il soit indifférent d'étudier chaque opération depuis sa phase originelle jusqu'à sa manière d'être définitive : c'est ainsi que nous verrons les fluctuations traversées par l'idée de chirurgie conservatrice, le retour vers des méthodes anciennes constituant précisément le progrès, et que nous montrerons dans la chirurgie tout opposée de tendance, mutilatrice, l'esquisse même d'une transition vers les opérations conservatrices. Pour ce qui est de la technique opératoire, nous nous sommes borné à décrire, méticuleusement il est vrai, mais seulement, les opérations courantes ou qui tendent à le devenir. Nous n'avons donc pas écrit une monographie synoptique des techniques déchues ou imparfaites, et, au lieu de passer devant le front des procédés rangés une vaste revue, nous avons distingué les interventions ayant quelque valeur. Mais tout traitement chirurgical comporte, si ce n'est davantage que la description du manuel opératoire lui-même, la discussion des indications et contre-indications d'une façon générale et l'examen critique de tel procédé particulier devant être appliqué à tel cas particulier. L'aphorisme courant peut se dire à propos des tumeurs fibreuses : il n'y a pas un fibrome, il y a des fibromes. Or, si l'on peut schématiser ces néoplasmes et les parquer en diverses catégories, il faut savoir, que malgré leur similitude morphologique et topographique, ils présentent des aspects individuels variés à l'infini ; c'est pourquoi on ne doit pas se cantonner, comme le veulent certains, dans une technique étroite : il ne peut y avoir une description lapidaire de procédés inébranlables.

Nous avons donné à la bibliographie une extension considérable, mais nous n'avons aucune prétention à l'avoir établie complète. Sur un sujet aussi important, au milieu du polyglottisme scientifique et en face de la marée bibliographique qui déferle sans cesse, ç'eût été ambition téméraire. Nous nous sommes dégagé, autant que possible, de l'inanité des polémiques et de l'entassement des faits oubliés où le chercheur semble trop, comme sur les champs anciens des épiques batailles, remuer des ossuaires mélancoliques. Nous n'avons pas la présomption d'avoir réuni toutes les pierres d'un monument scientifique, et il nous a suffi, dans la mesure de nos moyens, d'en indiquer les bases fondamentales. Pour ne pas surcharger le texte d'indications bibliographiques encombrantes, nous les avons réunies à la fin de notre travail.

Tout en ayant voulu présenter l'ensemble de la méthode conservatrice dans le traitement chirurgical des fibromes, nous avons plus particulièrement essayé de faire connaître dans ses détails le procédé d'hystérotomie cervico-vaginale de Segond. C'est là une partie presque inédite, aussi reproduisons-nous uniquement, à l'appui de l'opération de notre maître, les observations recueillies dans sa pratique. Nous n'avons pas abusé des statistiques comparatives pour le bien d'une cause : c'est le plus souvent pure chimère, car il faut compter avec l'habileté du chirurgien et l'habitude qu'il a d'une opération : nous estimons que les meilleures statistiques sont les statistiques individuelles. Ces observations seront, nous osons le penser, faciles à consulter, car nous les avons rédigées selon le même thème en suivant un ordre identique toujours (passé clinique, examen clinique, diagnostic, indication, opération, résultats); de plus, les schémas que nous y avons adjoints permettent de se rendre un compte aisé du volume relatif, du poids, des rapports de la tumeur enle-

vée, du nombre des fragments résultant du morcellement.

Peut-être cette longue étude eût-elle gagné à être davantage condensée, et, dans l'immense quantité de faits qui s'offraient à nous, aurions-nous dû ne réunir que juste les matériaux nécessaires pour un travail de pures lignes et de plus grande simplicité. Quoi qu'il en soit, nous avons fait tous nos efforts pour réunir le faisceau des méthodes conservatrices éparses, en dégager l'enseignement immédiat qu'elles comportent, en attendant que d'autres nous complètent et fassent œuvre meilleure et plus stable sur le terrain si mouvant de la science : il nous suffit d'avoir pu contribuer utilement à leur tâche de continuation et de perfection.

M. Segond nous a généreusement donné toutes les planches qu'il a fait exécuter pour la communication de son procédé au Congrès international de Paris de 1900. Elles sont publiées par le livre, ici, pour la première fois. Sau-rions-nous jamais assez en remercier notre maître, de même que pour nous avoir offert la collaboration bien précieuse de M. Devy qui a donné aux autres nombreux dessins sché-matiques que nous lui avons soumis, l'exactitude d'une compréhension juste et la valeur de son beau et clair talent d'artiste?

PREMIÈRE PARTIE

MÉTHODES INDIRECTES CONTRE LES FIBROMES CONSERVATRICES

DE L'APPAREIL UTÉRO-ANNEXIEL NON GRAVIDE

MÉTHODES ATROPHIANTES PAR VOIE ABDOMINALE OU VAGINALE (Ligatures, forcipressure, angiotripsie).

I. — HISTORIQUE

L'idée devait s'offrir tout naturellement à l'esprit de diminuer le volume d'une tumeur en la privant de son apport sanguin. Les lésions de l'organisme, et principalement celles qui se manifestent en tumeurs, constituent dans l'économie des organismes pathologiques qui y vivent de la même façon que les tissus sains et physiologiques, c'est-à-dire recevant, comme eux et par les mêmes voies, les mêmes matériaux de nutrition, mais qu'ils utilisent dans un sens aberrant qui constitue l'évolution néoplasique. Donc la pensée d'arrêter la production exubérante d'une tumeur et même l'espoir d'entraîner sa régression complète — que l'on nous permette cette expression un peu familière — en lui coupant les vivres pouvaient paraître judicieux *a priori* et s'imposer à la réflexion.

C'est pourquoi l'on comprend facilement que la méthode atro-

phiante ait, dans l'histoire de la médecine, une origine fort lointaine, et l'on ne doit pas être étonné d'en retrouver les traces à une époque déjà reculée. Dès 1629, *Johann Muys*¹ aurait proposé pour la première fois cette méthode ; il conseillait d'utiliser la pratique des vétérinaires « qui coupent les artères se rendant aux tumeurs strumeuses ».

*Harvey*² (1651), qui découvrit les lois de la circulation sanguine, devait être certainement porté à entrevoir quelques-unes de leurs conséquences en pathologie. Il ne manqua pas, en effet, de saisir l'utilité que pouvait avoir, pour modifier l'évolution des tumeurs, la ligature des vaisseaux afférents qui servent à l'arrivée des liquides qui les nourrissent.

Plus tard, au commencement de ce siècle, *Maunoir*, *Travers*, *Dalsy*, puis ensuite *Mirault*, *Maisonneuve*, *Jobert de Lamballe*, *Paul Broca* père en France, *Nagel* en Allemagne, essayèrent et pratiquèrent parfois, avec des résultats satisfaisants, des ligatures atrophiantes pour des néoplasmes des diverses régions de la face, de l'orbite, de la langue, de la parotide, du corps thyroïde, des testicules, etc. *Broca*, en parlant de cette méthode, l'appelle : méthode de Harvey.

Mais si des succès réels étaient observés, en tout cas des améliorations encourageantes, il est certain que cette pratique entraînait, comme toutes les opérations chirurgicales de la période qui précéda l'ère antiseptique, des déboires nombreux, des désastres qui arrêtaient les chirurgiens dans la poursuite progressive de toute innovation. Des infections graves n'étaient pas rares, et, vraiment, les opérés couraient des risques sans la compensation de résultats, d'ailleurs souvent aléatoires.

Aussi, ces tentatives de thérapeutique chirurgicale atrophiante tombèrent dans le discrédit que partagèrent, du reste, bien des procédés opératoires qui, sans l'infection régnante alors, se fussent certainement perfectionnés rapidement, ainsi que l'atteste le grand mouvement chirurgical actuel.

En 1873, *Mauvoisin*³ fit sa thèse sur : « La ligature préventive atrophiante des artères de la langue, » où il déclare que, d'une

N. B. — Les numéros qui suivent les noms d'auteurs se rapportent à des indications bibliographiques, que l'on trouvera à la fin de ce travail, classées selon les chapitres correspondants. Exemple : ici, pour le n° 1 chercher à l'index bibliographique le n° 1 correspondant, dans le chapitre des : Méthodes atrophiantes.

façon générale, les ligatures faites en vue d'amener l'atrophie des tumeurs en supprimant leur irrigation par les artères afférentes « n'ont pas jusqu'ici donné de remarquables succès quand elles ont été dirigées contre les productions autres que les tumeurs vasculaires ».

Mais lorsque s'ouvrit la période antiseptique, grâce aux précautions de propreté opératoire et aux nouveaux modes de pansements qui donnaient une sécurité inconnue jusqu'alors, il y eut un retour vers les méthodes délaissées : on refit des ligatures atrophiantes pour les néoplasmes de la langue, de l'orbite, du testicule, du corps thyroïde et du goitre en particulier, et enfin on aborda ces ligatures pour les lésions néoplasiques de l'utérus dont l'irrigation artérielle à voies d'apport pédiculisables et presque départementales se prêtait assez bien à l'interruption vasculaire opératoire. On les utilisa pour arrêter la marche des épithéliomas utérins, pour amener la régression des fibro-myomes de l'utérus. L'on sait que jusqu'à ces derniers temps, un grand nombre d'auteurs assimilait le processus de l'hypertrophie prostatique à celui des fibromes utérins. Naturellement on devait être entraîné à lui appliquer les mêmes méthodes atrophiantes. *Bier*⁴ (de Kiel), en 1893, pratiqua, dans le but d'arrêter la fibromatose de la prostate, la ligature des hypogastriques ; *Willy Meyer*⁵, en 1894 et 1896, imita cet exemple et contribua à la question. Dans ces derniers temps même, *Carrière* et *Vanverts*⁶ (de Lille) (1900) étudient la ligature des vaisseaux spléniques dans les lésions hypertrophiques et les hémorrhagies de la rate.

Mais passons plus spécialement à l'historique des ligatures atrophiantes pour fibromes de l'utérus, ce qui précède n'ayant eu pour but que de montrer la genèse de cette méthode thérapeutique et sa portée générale.

*Hofmeier*⁷ en 1880, puis *Geza von Antal*⁸ en 1882, furent parmi les premiers à attirer l'attention sur le rôle des ligatures des *vaisseaux tubo-ovariens* dans les cas de fibromes : d'après eux, on observerait alors la dégénérescence graisseuse de l'ovaire, et par suite des troubles de nutrition dans l'utérus, troubles qui entraîneraient l'atrophie des fibromes inclus. C'était là une oophorectomie sans ablation des ovaires : une castration par processus artificiel de dégénérescence. C'est Geza von Antal qui donna à cette ligature des vaisseaux tubo-ovariens le nom de : « ligature atrophiante. »

Ensuite *Hegar*, puis *Terrier* préconisèrent ce procédé comme pouvant remplacer la castration dans certains cas ; d'après *Hartmann* et *Fredet*, « le professeur *Terrier*, dans l'impossibilité de faire la castration, s'est plusieurs fois contenté de jeter une ligature sur la partie accessible des ligaments larges. » Notre maître, *P. Segond*⁹, à l'époque où l'opération de *Batley* était en vogue, a jadis fait, lui aussi, la ligature des vaisseaux tubo-ovariens dans des cas où l'oophorectomie était impraticable. C'est ainsi qu'en 1888, dans les *Annales de Gynécologie*, à l'occasion de 4 cas de castration qu'il a pratiqués, il s'exprime à propos des ligatures atrophiantes : « Il est un dernier mode d'intervention dont la valeur n'est pas encore définie, mais qui semble néanmoins très rationnel. Il consiste à remplacer l'ablation des *tumeurs* ou des *annexes* par l'application d'un certain nombre de ligatures perdues sur les vaisseaux utéro-ovariques. Plusieurs auteurs tels que *Hegar*, *Hofmeier*, *Antal* et *Schröder* estiment qu'il peut en résulter une série de troubles nutritifs capables d'exercer sur les tumeurs utérines des effets analogues à ceux de la castration proprement dite. On sait enfin que cette pratique des ligatures atrophiantes est très vivement recommandée par *Terrier*. Il y a donc lieu de fonder sur la méthode les espérances les plus légitimes et de la considérer comme un expédient opératoire qui nous permettra de diminuer le nombre des laparotomies simplement exploratrices et d'assurer à nombre de femmes, pour lesquelles nous ne pouvions rien jusqu'ici, des garanties de soulagement et même de guérison. »

*Fritsch*¹⁰, en 1885, le premier, pratique la ligature des artères utérines dans le traitement de la métrite hémorrhagique, et, dans les cas où tous les autres moyens hémostatiques ont échoué, il la recommande pour arrêter les hémorrhagies liées à la présence d'un fibrome. Il fait la ligature par la voie vaginale et à découvert.

*Baumgartner*¹¹, en 1888, écrit un travail sur la ligature des vaisseaux utérins, dans les cas de cancers inopérables, il est vrai, mais cela a son importance, car il s'agit de la ligature des artères utérines parfaitement applicable aussi aux fibromes. C'est par le vagin que *Baumgartner* lie les utérines ; s'il y a grande difficulté ou impossibilité, il se contente de sectionner ces artères et de les pincer, et si le vagin est impraticable, il pose la ligature à la naissance des utérines sur les hypogastriques ; mais il ne donne aucun détail sur sa technique.

*Gubaroff*¹², en 1889, recommande, pour atrophier les fibromes, un procédé de ligature transpéritonéale de *tous les vaisseaux de l'utérus*, procédé que *Sneguroff* applique sur la femme vivante.

*Rydygier*¹³, en 1890, préconise la ligature de tous les vaisseaux utérins afférents dans le traitement des fibro-myomes de la matrice que l'on ne parvient pas à énucléer par la cœliotomie abdominale, ou encore, quand par les hémorrhagies qu'ils ont déterminées, la malade trop affaiblie est dans l'impossibilité momentanée de subir une intervention radicale. Il recommande la ligature intra-péritonéale des vaisseaux utérins et insiste sur la nécessité de lier *tous ces vaisseaux* afin d'obtenir un effet atrophiant, mais il n'a en réalité lié lui-même qu'une partie de l'utérine en la saisissant près du bord utérin. L'opération de Rydygier ne trouva pas de crédit et fut complètement abandonnée, à cause de sa gravité relative, puisqu'elle nécessitait la cœliotomie abdominale, et parce que la technique opératoire radicale se perfectionna ensuite au point de permettre l'extirpation de presque tous les myomes, même les plus difficiles.

L'Américain *Dorsett*¹⁴ (de Saint-Louis) à la même époque, 1890, étudie la question. Partant de cette idée qu'après l'accouchement, l'involution utérine est due à la torsion, à la flexion des vaisseaux, déterminée par l'involution du muscle utérin après l'expulsion fœtale, de telle sorte que l'afflux du sang y est fort réduit; partant de ce fait aussi, que, dans le traitement des fibromes, l'ergot de seigle, en déterminant la contracture des artérioles, a donné quelques bons résultats, il conseille la ligature des utérines par voie vaginale, mais ses vues et ses conseils sont théoriques, car il n'a pas encore appliqué sur le vivant le procédé qu'il préconise. « Je crois, dit-il, que dans le traitement des fibromes utérins sous-muqueux, intra-pariétaux et sous-péritonéaux, la ligature de l'artère utérine n'est pas un procédé anti-scientifique, au contraire, plus j'y pense et plus je suis incliné à croire que ce pourrait être le plus rationnel et le plus sûr des traitements. »

Simultanément, en 1892, *Franklin Martin*¹⁵ (de Chicago) et *Gottschalk*¹⁶ (de Berlin) publient chacun de leur côté une communication très importante sur le traitement des fibromes par ligatures atrophiantes. Martin pratique sa première intervention le 15 novembre 1891 et publie son cas et sa technique détaillée en avril 1892 dans l'*American Journal of Obstetrics*. En septembre 1892, au

Congrès de gynécologie de Bruxelles, il cite deux opérations de ligatures dont la première avait été exécutée le 30 décembre 1891. Les travaux de ces deux chirurgiens comptent certainement parmi les premiers qui envisagent cette question d'une manière approfondie. Ils déterminent un mouvement en faveur de cette méthode qui n'avait été, jusqu'à eux, appliquée que d'une façon éparse : plusieurs auteurs s'engagent après Martin et Gottschalk dans cette voie qu'ils viennent de rouvrir, mais largement et pratiquement. Une question de priorité fut soulevée par F. Martin qui admet bien que Dorsett et Gottschalk aient conseillé avant lui de lier les artères utérines pour la cure des myomes de l'utérus et même que Gottschalk ait pratiqué deux fois cette ligature avant qu'il ait décrit lui-même son procédé opératoire, mais comme leur opération n'est, dit-il, « identique à la mienne ni dans son principe, ni dans sa technique, ni dans sa description, leur réclamation de priorité en ce qui concerne ma méthode opératoire ne saurait être justifiée. »

En effet, Gottschalk admet que les fibromes se développent aux dépens des tuniques vasculaires, qui étant irritées, deviennent l'origine du néoplasme. Or, c'est le sang qui apporte les éléments irritatifs, c'est pourquoi il faut atténuer cette irritation phlegmasique vasculaire en supprimant l'afflux artériel. L'opération qu'il conseille n'implique, d'ailleurs, que la ligature des artères utérines par le vagin. F. Martin veut agir sur le fibrome par deux actions différentes et qui se complètent : en oblitérant, non seulement le tronc principal de l'utérine, mais toutes ses branches collatérales, en supprimant la fonction de nerfs, qui ont, aussi bien que les artères, une action trophique, et en diminuant tous les réflexes nerveux. C'est pourquoi, il lie, dans *tous les cas*, la base des ligaments larges, et « dans les cas désespérés, quand la chose est possible, non seulement cette base ligamentaire avec l'utérus et ses branches, mais encore l'artère utéro-ovarienne en portant la ligature assez haute de chaque côté ». Il cherche à obtenir ce résultat en évitant d'ouvrir le péritoine, mais s'il le juge nécessaire, il se résout à traverser la séreuse.

Quoi qu'il en soit, bien que dirigés par des notions théoriques dissemblables, Martin et Gottschalk sont arrivés à poser les mêmes indications et à recommander une technique à peu près identique.

Depuis l'apparition des travaux de F. Martin et Gottschalk, les

publications sur ce même sujet se multiplient, surtout en Amérique.

Le 5 décembre 1893, *Boldt*¹⁷ fait une communication à la Société obstétricale de New-York et une discussion s'engage dans laquelle *Adams* et *Krug*¹⁸ apportent des faits personnels de ligature des artères utérines.

*Greene*¹⁹, en 1894, publie deux succès. La même année, au III^e Congrès triennal des médecins et chirurgiens américains, tenu à Washington en mai et juin, *Polk*²⁰ soutient que la ligature des artères nourricières de l'utérus donne d'aussi bons résultats que la castration ovarienne. *William Goodell* et *Matthew Mann* s'associent aux idées de Polk. *Goëlet*²¹, en juin, publie aussi un cas de ligature. *Rydygier* revient, en 1894, sur cette question, mais, tout en maintenant les indications qu'il avait énoncées en 1890, rapporte une observation de récurrence de myome après ligature des vaisseaux utérins faite huit mois auparavant.

*Frederick*²² (de Chicago), en 1895, pratique les ligatures atrophiantes dans 5 cas de gros fibromes dépassant l'ombilic et obtient 5 succès opératoires. Dans une communication écrite à Hartmann, une de ces malades serait devenue enceinte.

C'est à la suite de ces travaux, que *Bier*²³ (de Kiel) ayant remarqué l'influence heureuse de la ligature des utérines sur les fibro-myomes de l'utérus, et de la ligature des quatre pédicules vasculaires du corps thyroïde dans le goitre, eut l'idée d'appliquer la méthode atrophiante aux tumeurs du sein (dans un cas il obtint même une régression complète de la tumeur), puis à l'hypertrophie de la prostate pour laquelle il fit le premier la ligature des deux hypogastriques (opération de Bier).

Pour en revenir à l'utérus, *Kelly*²⁴, en 1893, eut l'idée de pratiquer la ligature de l'hypogastrique pour cancer. Au cours d'une hystérectomie abdominale qu'il tentait, il fut débordé par une hémorrhagie formidable qu'il ne put maîtriser qu'en liant les deux iliaques internes. Cette observation comportait une conséquence de valeur : en effet, la ligature des deux hypogastriques pratiquée dans un but d'hémostase particulièrement difficile, sembla par la suite arrêter l'évolution du néoplasme utérin. Ce fut là en somme une ligature atrophiante accidentelle.

Mais *Pryor*²⁵ (de New-York), en 1897, tenta de propos délibéré la ligature transpéritonéale des deux hypogastriques pour récurrence

de cancer utérin au niveau de la cicatrice d'une hystérectomie vaginale. *Polk* préconisa également ensuite la ligature du tronc antérieur, viscéral, de l'hypogastrique pour épithélioma utérin.

Les observations de *Kelly*, de *Pryor*, de *Polk*, qui concernaient des cancers de l'utérus, devaient plus tard suggérer d'utiliser la même ligature des hypogastriques pour les fibromes.

En Europe, les faits de ligatures atrophiantes des vaisseaux utérins furent moins nombreux qu'en Amérique. En 1895, *P. Kuhn*²⁶ (de Stockholm) relate les opérations faites en Danemark par *Howitz*, *F. Levy* et *Paulli*.

*Küstner*²⁷ (1893) et *Leopold* (de Dresde) (1895) rapportent des résultats très favorables. En 1895, *Rumpf*²⁸ exécute, dans un cas, la ligature de l'utérine à son origine au devant de l'uretère dans la fossette ovarienne. Mais son opération ne fut que le premier temps d'une hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin étendu, avec ablation de tous les ganglions pelviens.

En Italie, *Bossi*²⁹ (1895) publie deux résultats satisfaisants obtenus par lui par la ligature des vaisseaux tubo-ovariques à la suite de laquelle l'atrophie du fibrome serait survenue dans un laps de temps court : un an environ.

En 1895, *Packard*³⁰ publia une étude d'ensemble sur la question.

En Russie, *Altuchoff* et *Sneguroff*³¹ (de Moscou), en 1896, étudient un nouveau procédé de ligature des artères utérines.

*Auguste P. Clarke*³² (de Cambridge), au XII^e Congrès international tenu à Moscou en 1897, donne comme indication de la ligature des utérines : le petit volume de la tumeur, sa situation dans le segment moyen de l'utérus, la grande vascularité des tissus.

En France, *Schwartz* et *Rochard* durent, par nécessité, pratiquer deux fois le pincement des artères utérines par le vagin. Ces cas sont rapportés dans la thèse de *Rechmer*³³ (1897) : *Rochard*, remplaçant *Schwartz* à Cochin, fit le 11 mai 1894 un essai infructueux d'hystérectomie abdomino-vaginale, de telle sorte qu'il fut obligé de se contenter, à cause de l'étendue des adhérences, de pratiquer l'opération de *Batley*, et en surplus il fit le pincement des utérines pendant 48 heures. Plus tard, *Schwartz* (mai 1895), ne pouvant venir à bout d'un *Batley*, en fut réduit à pincer les utérines par le vagin.

*Goullioud*³⁴ (de Lyon), dans sa communication au dernier

Congrès international tenu à Paris (août 1900), se déclare partisan de cette méthode et cite des observations personnelles dont la première au moins date de 1895.

*Tuffier*³⁵, en 1897, au Congrès de chirurgie de Paris, préconise les ligatures atrophiantes et dit les avoir pratiquées surtout dans les néoplasmes inopérables ; il raconte avoir lié les vaisseaux du ligament large en 1892, à l'hôpital Beaujon, pour un fibrome enclavé dont l'extirpation lui paraissait très dangereuse. Péan avait, paraît-il, refusé d'opérer ce cas. Tuffier fit la castration d'un côté, et de l'autre, ne trouvant pas l'ovaire, il plaça un fil près de l'utérus, c'est-à-dire sur la branche principale de l'utérine et non sur le tronc ; les métrorrhagies s'arrêtèrent et le fibrome « *a fondu* ». Depuis, Tuffier a fait des expériences qui lui font affirmer que la ligature des pédicules vasculaires de l'utérus entraîne une atrophie manifeste de cet organe. Pour lui, la ligature atrophique pourra être très utile dans les cas de fibromes où l'exérèse avec ses procédés actuels perfectionnés seront mis en défaut ou quand la castration ovarienne sera contre-indiquée.

Mais, toutes ces tentatives des divers chirurgiens n'étaient pratiquées que pour les cas de fibromes inopérables, ou comme pis aller au cours des interventions qui menaçaient de ne pouvoir être conduites jusqu'au bout. *Hartmann* et *Fredet*, en France du moins, dès 1897, furent les premiers à envisager le sujet sous un autre aspect et à le placer sur un terrain différent. Pour eux, les ligatures atrophiantes ne constituent pas une opération de nécessité, que l'on fait parce que l'on ne peut faire mieux ou davantage, mais une opération première, ou mieux à indication première, faite d'une façon délibérée et systématique « pour des fibromes extirpables indemnes de toute complication inflammatoire », fibromes petits et considérés jusqu'ici comme justiciables de l'hystérectomie vaginale. On voit bien la distinction : ce n'est plus une intervention destinée à lutter contre l'inopérabilité des néoplasmes, mais c'est le droit à la valeur curative radicale que ces auteurs veulent conférer à l'opération des ligatures atrophiantes.

De même qu'après une première phase de faits sporadiques n'indiquant pas encore une direction à suivre, phase de tâtonnement, deux noms surgissent, ceux de Franklin Martin et de Gottschalk, qui ont fait faire un grand pas à la question en précisant les indications et la technique opératoire ; de même, plus près de

nous, cette question a été traitée surtout par Hartmann et Fredet, dont les travaux et communications successifs lui ont donné un regain d'actualité. Il est de toute nécessité d'indiquer, au moins sommairement, ces publications dont on trouvera les indications bibliographiques précises à la fin de ce travail.

Au XI^e Congrès français de chirurgie (Paris, 1897), *Hartmann*³⁶ proclame les bons résultats qu'il a obtenus par la ligature vaginale du pédicule hypogastrique dans les fibromes.

A la Société de chirurgie de Paris, le 8 février 1898, *Hartmann* et *Fredet*³⁷ montrent une série de pièces provenant de malades opérées par eux pour cancer, et ils en concluent, au point de vue de l'hémostase, que la ligature de l'utérine est très supérieure à celle de l'iliaque interne. Ils font constater également, d'après ces pièces, que la ligature aseptique du vaisseau n'a jamais été suivie de la production d'un caillot, ce qui vient confirmer chez l'homme les résultats expérimentaux obtenus sur le chien antérieurement par *Duplay* et *Lamy*³⁸ (1897).

A la Société anatomique de Paris, le 11 février 1898, *Fredet*³⁹ communique sur la ligature de l'artère utérine, à son origine au devant de l'uretère, dans la fossette ovarienne, par le procédé de Rumpf. Il présente une première pièce provenant de la première opération de ligature des vaisseaux utérins, en laissant l'utérus en place et faite systématiquement par un procédé anatomique pour pallier aux accidents du cancer inopérable de l'utérus. Pour Fredet, il s'agit bien là de la première ligature dans la continuité sur l'utérine à son origine, exécutée suivant une technique préalablement réglée, et exécutée par Hartmann, avec son aide, le 13 mai 1897, suivant les indications du principe de l'opération par le professeur Farabeuf. Ces auteurs lièrent du côté droit l'utérine, et du côté gauche un tronc commun à l'utérine et à l'ombilicale. Ils étreignirent, en outre, le cordon utéro-ovarien gauche tout entier, et, du côté droit, la branche postérieure principale du cordon utéro-ovarien ; mais ils respectèrent les artères des ligaments ronds. Les injections à la gélatine de cette pièce ont montré que l'hémostase n'a pas été complètement obtenue, car le sang reflua par les artères des ligaments ronds, la branche antérieure du cordon utéro-ovarien droit et par les artères du vagin. Du reste, chose curieuse, les artères des ligaments ronds et l'utéro-ovarienne ne subirent aucune augmentation de calibre, contrairement à ce

que l'on pouvait attendre. De plus, cette pièce montrait que l'oblitération artérielle était limitée aux points serrés par des ligatures aseptiques.

A la Société anatomique, le 18 février 1898, Fredet montre le bassin d'une femme chez laquelle Hartmann a pratiqué son deuxième essai de ligature atrophiante pour cancer utérin inopérable. Dans ce deuxième cas, ce chirurgien, s'appuyant sur la technique de Pryor et de Polk, a substitué d'un côté la ligature de l'hypogastrique à celle de l'utérine. Mais la circulation s'est rétablie par les artères de la fesse, d'où il conclut que la ligature de l'iliaque interne est d'un effet absolument nul pour hémostasier le territoire de l'utérine.

Dans la même séance de la Société anatomique, Fredet montre quatre pièces destinées à faire comprendre le principe de l'opération de Martin-Gottschalk : la ligature de l'utérine et de ses branches, *en masse*, par le vagin. Les vaisseaux de l'utérus sont réunis en une masse unique, affectant la forme d'une lame aplatie d'avant en arrière. Grâce à la condensation superficielle du tissu conjonctif qui englobe les vaisseaux et qui forme la gaine hypogastrique, cette lame épaisse constitue un système nettement différencié et isolable des organes voisins. C'est par une incision circulaire dans un cul-de-sac vaginal latéral qu'on peut pratiquer la ligature en masse de l'utérine, de ses branches cervico-vaginales, de ses veines satellites et des nerfs nombreux qui les accompagnent.

Dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de février et avril 1898, *Hartmann* et *Fredet*⁴⁰ font paraître deux articles successifs importants et publient leurs observations. De trois observations (pour cancer), ils concluent (ce qu'ils avaient déjà dit ailleurs) que la ligature de l'utérine est supérieure à celle du tronc de l'hypogastrique pour anémier l'utérus, et que toutes ces ligatures, quelles qu'elles soient, ne font que diminuer d'une façon temporaire les écoulements ichoreux et « ne paraissent pas modifier la marche du néoplasme ». Mais, dans 5 cas de fibromes pour lesquels ils ont lié les utérines par la voie vaginale, les résultats ont été satisfaisants.

Dans le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie* (1898), *Fredet*⁴¹ fait paraître une note sur « quelques recherches sur les artères de l'utérus » ; puis, en mai 1899, dans les *Annales de Gyné-*

ologie et d'Obstétrique, un article sur « les pédicules vasculaires de l'utérus » ; ensuite, en novembre 1899, une communication à la Société anatomique : « Recherches sur les artères de l'utérus au moyen des rayons de Roentgen. » Ces épreuves radiographiques ont été obtenues, après injection préalable des artères de l'utérus, avec l'onguent mercuriel, et ont montré que cette technique donne des résultats très supérieurs à ceux de la dissection pour l'étude de la distribution de ces artères. Enfin, Fredet soutient sa thèse inaugurale en 1899 : « Recherches sur les artères de l'utérus. »

Comme on le voit, Hartmann et Fredet ont à peu près épuisé la question, l'étudiant sous toutes ses faces, l'appuyant sur des expériences, sur des essais variés chez la femme vivante, consignés dans une série de nombreuses publications. Cependant, à côté d'eux, d'autres auteurs, par leurs travaux, montrent que le sujet n'est pas oublié.

En 1897, quelques Américains, *Goëlet*⁴² entre autres, indiquent un procédé de ligature des utérines par la voie vaginale, ligature suivie de section, et soutiennent qu'il est impossible d'obtenir vraiment l'oblitération artérielle par la ligature aseptique et par la ligature en masse de la base du ligament large qui ne rompt pas fatalement la tunique interne des artères.

Olshausen, dans une vaste revue de toutes les opérations pratiquées pour les fibro-myomes utérins, ne passe point sous silence les ligatures des vaisseaux utérins et utéro-ovariens.

*Franklin Martin*⁴³, au 65^e Congrès de l'Association médicale anglaise (1897), vint de nouveau soutenir sa technique plus perfectionnée, les théories de l'action trophique des vaisseaux sanguins et des nerfs sur lesquelles il s'appuie, comme nous l'avons vu plus haut, et présenter les résultats encourageants que lui a donnés une expérience de cinq années. Dans ce même congrès prennent part à la discussion : *Vineberg* qui dit avoir pratiqué cette opération avec des techniques différentes, mais en liant soigneusement les utérines, dans 5 cas où le résultat fut simplement temporaire ou nul, et *Skene* favorable à cette méthode qui donne, d'après lui, un cinquième des cas de guérison ; il ajoute qu'on pourrait arrêter la circulation des utérines en employant la forcipressure ou l'électricité à la place de la ligature.

En 1898, *F. Martin*⁴⁴ revient encore sur la question, avec des observations nouvelles dans un article des *Annales de Gynécologie*

et d'Obstétrique (avril). La même année, *Gottschalk*⁴⁵ traite de nouveau : des indications et résultats de la ligature vaginale des vaisseaux utérins pour fibro-myomes, dans le *Berlin Klin. Wochenschrift*. Il y écrit qu'en 6 ans et demi, il a eu recours 20 fois à ce procédé dont la technique consiste à inciser le vagin autour du col, à découvrir la vessie et le rectum, à découvrir les pédicules vasculaires, à lier les gros troncs et les branches anastomotiques; puis, dans un nouvel article qu'il fait paraître en France dans le numéro de mai des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, il donne encore la description de son procédé.

Au XII^e Congrès français de chirurgie tenu à Paris (octobre 1898), *Tuffier*⁴⁶ publie 3 cas de petits fibromes très hémorrhagiques, traités par la ligature des utérines par le vagin; les métrorrhagies ont rétrocedé, mais pas les fibromes.

*Mangin*⁴⁷ (de Marseille) fait paraître dans la *Gynécologie* un article sur « l'action de la ligature des artères utérines dans les hémorrhagies de l'utérus », puis au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Marseille, traite le même sujet en conseillant ou la ligature, ou le pincement, ou l'angiотripsie des utérines comme procédés atrophiants, et considère cette opération comme une intervention d'attente pouvant parfois devenir curative.

Toujours la même année, *Delagénère*⁴⁸ (du Mans) publie son traité très complet de « la chirurgie de l'utérus », où il passe en revue les principaux procédés opératoires de ligatures atrophiantes soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale.

En 1899, au III^e Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Amsterdam, *Delagénère* trouve que les rapporteurs, et en particulier *Doyen*, n'accordent pas assez de faveur aux méthodes palliatives dans le traitement des fibromes. Pour sa part, il dit avoir obtenu de très beaux résultats dans 5 cas où il fit la simple ligature des utérines.

*J.-M. Baldy*⁴⁹ (de Philadelphie), au même congrès, se prononce contre les ligatures qui, d'après lui, ne peuvent donner que des échecs vu le pouvoir considérable des circulations collatérales.

Au VIII^e Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Berlin, *Gottschalk*⁵⁰ plaide toujours la cause des ligatures atrophiantes. *Zweifel* (de Leipsig), *Rosthorn* (de Gratz), *J.-A. Amann* (de Munich), *Schauta* (de Vienne), *Fritsch* (de Bonn) prennent part à cette discussion.

*G. Gaffarel*⁵¹ passe, à Lyon, une thèse sur « la ligature ou le pincement des utérines dans le traitement des fibromes », où il fait une étude rapide des artères de l'utérus en se rangeant absolument d'ailleurs aux conclusions de Fredet, et où il publie un certain nombre d'observations inédites empruntées à la pratique de *Condamin* et de *Goullioud*.

En 1900, au XIII^e Congrès international de médecine tenu à Paris en août, la question de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins est à l'ordre du jour. Quelques protagonistes des méthodes atrophiantes s'y retrouvent avec les mêmes idées, des statistiques plus étendues, une expérience plus complète du sujet, entre autres *Gottschalk*⁵² (de Berlin), *Delagénière* (du Mans), *Goullioud* (de Lyon). Ce dernier, sans le croire très supérieur à la castration ou à la ligature des utérines, préconise le pincement des artères qui est plus facile et agit, d'après lui, avec autant d'efficacité.

Tout dernièrement, au XV^e Congrès de la Société italienne de chirurgie, tenu à Rome du 27 au 30 octobre 1900, *de Paoli Erasmo*⁵³ apporte une contribution expérimentale et clinique à la ligature de l'artère utérine. Pour cet auteur, il n'est pas possible d'espérer modifier les néoplasies utérines d'origine épithéliale et pas davantage celles d'origine musculaire ou conjonctive. On pourrait espérer seulement un résultat pour les tumeurs d'origine vasculaire.

Voilà où s'arrête, au moment où nous écrivons, le mouvement chirurgical concernant les méthodes atrophiantes pour fibromes utérins.

Nous avons procédé dans ce long exposé historique d'une façon chronologique autant que possible, nous efforçant de ne pas passer sous silence, du moins les principales publications et les plus importantes discussions.

En lui consacrant une si large place, nous avons tenu à montrer l'évolution du sujet et à faire prévoir les résultats et l'avenir possible de la méthode atrophiante, ce qui nous permettra d'être plus bref au chapitre des indications et contre-indications.

Mais avant de terminer cet historique, nous allons tâcher de jeter un coup d'œil d'ensemble sur la question et d'en discerner les grandes lignes.

Nous voyons, en résumé, que l'origine de cette méthode qui con-

siste à tenter l'atrophie d'une tumeur en la privant de subsistance, en « l'affamant » comme on l'a dit, n'est pas neuve, que Muys l'aurait proposée en 1629 pour la première fois, que peu après (1651) Harvey, comme déduction logique de sa grande découverte de la circulation, la conseillait. Du reste, le traitement des anévrysmes par ligature des vaisseaux afférents, le processus pathologique du ramollissement cérébral par oblitération embolique ou thrombotique artérielle, le mode général de la production de la gangrène des membres, étaient des notions qui portaient en germe cette idée de déterminer un processus atrophique des néoplasmes, en supprimant l'arrivée des liquides nourriciers par leurs voies d'apport, en établissant autour d'eux une sorte de blocus systématique.

Aussi voit-on, au commencement de ce siècle, des essais nombreux de ligatures atrophiantes pour tumeurs malignes des diverses régions, principalement de la face, du cou et des organes génitaux. Cette première période comprend surtout des noms de chirurgiens français (Maunoir, Travers, Mirault, Maisonneuve, Jobert de Lamballe, P. Broca).

A la suite d'échecs nombreux dus surtout à l'infection, la méthode tombe dans le discrédit, pour renaître avec la période antiseptique, mais cette fois on l'applique à l'utérus lui-même, tantôt pour des épithéliomas tantôt pour des fibromes de cet organe. Mais il n'y a pendant un certain temps, de 1880 à 1892, que des vues théoriques énoncées ou des applications isolées de la méthode (Hofmeier, von Antal, Fritsch, Baumgartner, Gubaroff, Rydygier, Dorsett).

En 1892, avec Franklin Martin (de Chicago) et Sigmund Gottschalk (de Berlin), la question se précise, des procédés reposant sur des bases expérimentales et anatomiques sont appliqués, les ligatures atrophiantes prennent un nouvel essor, et l'on discute de la ligature des vaisseaux utérins soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale ou encore de la valeur de la ligature de l'hypogastrique elle-même. Cette nouvelle impulsion due surtout à Martin et à Gottschalk se fait surtout sentir en Amérique (Boldt, Greene, Adams, Krug, Goodell, Mann, Polk, Frederick), moins en Europe (Kuhn, Howitz, Levy, Paulli, Rumpf, Küstner, Leopold, Bossi, Altuchoff, Sneguroff, Clarke).

En France, le professeur Terrier, puis Segond, Tuffier, Schwartz, Rochard et d'autres, ont incidemment l'occasion de pratiquer des

ligatures atrophiantes, mais sans y attacher une grande importance, visant certainement bien plutôt l'hémostase dans des opérations s'offrant comme laborieuses ou impossibles.

En 1897, Tuffier, cependant, s'attache à montrer leur utilité et à plaider leur application dans des cas considérés *a priori* comme inopérables.

Puis surtout, dans une série de publications de 1897 à 1900, Hartmann et Fredet essayent de donner à la question toute son ampleur, vérifient, critiquent les procédés antérieurs, tandis qu'ils se livrent à des recherches anatomiques importantes et qu'ils appliquent des procédés simplifiés et commodes. Ce sont eux qui rendent pendant la période de ces dernières années, cette question actuelle, et il semble qu'ils l'aient épuisée quant à l'étude angéiologique de l'utérus et à la technique opératoire, mais non cependant pour ce qui est des indications dans les cas de fibromes où leurs vues ne peuvent être adoptées qu'avec réserves, d'après ce que paraîtrait prouver, d'ailleurs, l'abstention de la majorité chirurgicale, comme nous le verrons plus loin.

II. — TECHNIQUES OPÉRATOIRES

Du moment que l'on semblait autorisé à fonder sur les ligatures des vaisseaux afférents de l'utérus l'espérance d'un effet atrophiant sur l'organe et les tumeurs fibreuses en particulier dont il peut être le siège, il était tout naturel de chercher à bien connaître tout d'abord le domaine exact de la circulation utéro-ovarienne, de savoir d'une manière précise l'origine, le trajet, l'aboutissant des voies d'apport sanguin, quelle était l'importance hiérarchique de chacune d'elles dans le circuit d'irrigation, quels étaient aussi les rapports servant de point de repère pour leur découverte facile.

De nombreux travaux anatomiques ont été faits sur la circulation utérine au point de vue des applications pratiques. En ne mentionnant que les auteurs les plus récents, nous citerons Ricard³⁴ (1887) qui étudie plus spécialement les rapports de l'utérine et de l'uretère au point de vue de l'hystérectomie vaginale; Charpy³⁵ (1890) qui donne dans ses « Organes génito-urinaires » une description d'ensemble complète et claire; Pierre Delbet³⁶ (1891)

qui décrit la gaine hypogastrique dans son traité *Des suppurations pelviennes*; Brœckaert⁵⁷ (1892) qui écrit une contribution à l'étude de l'artère utérine; Souligoux⁵⁸ (1894) qui, à la Société anatomique, présente un travail sur « les artères et veines de l'utérus »; Cerf⁵⁹ (1895) qui passe une thèse sur « les vaisseaux des viscères pelviens » d'après le professeur Farabeuf; Nagel⁶⁰ (1896) qui fait paraître deux mémoires importants sur ce sujet; Poirier⁶¹ (1896) qui donne une description d'après les travaux récents dans son *Traité d'anatomie*; Destot⁶² (de Lyon) (1897) qui, dans un article paru dans la *Province médicale*, étudie la « circulation artérielle des organes génitaux de la femme », Destot qui utilise, pour la première fois, les injections opaques et la radiographie pour l'étude des réseaux vasculaires; puis, tout récemment, de 1897 à 1899, Fredet⁶³, qui semble pour le moment par ses belles recherches, par ses publications réitérées et sa thèse avoir en quelque sorte monopolisé la question de l'artérialisation utérine. Enfin, viennent de paraître la thèse remarquable de notre ami Ombrédanne sur « les lames vasculaires dans l'abdomen et le bassin », et plus dernièrement encore, dans la Revue de Pozzi, un article important de Paul Petit sur « l'aponévrose ombilico-pelvienne ou cache-vaisseaux », article consciencieux et bien illustré, mais de description diffuse où se montre une tendance fâcheuse à la substitution des noms anatomiques usuels par d'autres pas toujours heureux et parfois bizarres, ce qui est loin d'illuminer la description. C'est ainsi que dans cette étude de 42 pages, Petit parle souvent de la génito-vésicale, de la spermatique interne et de la spermatique externe. Que les chirurgiens ne se tourmentent pas : il s'agit tout simplement de l'utérine, de la tubo-ovarienne, de l'artère du ligament rond. Le nom de génito-vésicale est certes justifié par la distribution polyviscérale de l'utérine, celui de spermatique par une origine embryologique similaire et une valeur homologue dans les deux sexes; cependant cela peut causer une certaine surprise aux plus impassibles et aux plus indifférents de voir chez la femme une artère qui a nom spermatique se rendre à l'ovaire. Il y a là une dénomination hermaphroditique si l'on peut dire. Pourquoi ne pas appeler les spermatiques et les tubo-ovariennes, artères aphrodisiaques? Ce serait au moins plus amusant. Cette appellation de spermatique est admise à l'étranger, est-ce une raison de l'adopter parce que hétéroclite et exotique! Des mots tout cela. Qu'on nous pardonne cette

petite digression, en passant, car il y a là un véritable abus de langage anatomique contre lequel nous voulons mettre en garde.

Quoi qu'il en soit, pour notre part, bien que n'apportant pas une contribution originale à l'anatomie vasculaire de l'utérus, nous ne jugeons pas inutile de résumer avant la description des procédés opératoires auxquels elles servent de base, les notions nécessaires

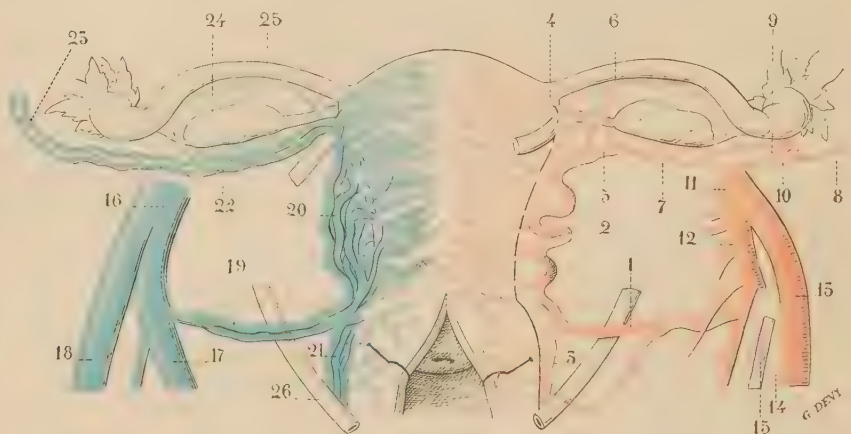


FIG. 1. — Schéma de la circulation utérine.

Artères (côté gauche).

Veines (côté droit).

1. Artère utérine.
2. Sa branche ascendante.
3. Sa branche descendante.
4. Sa branche terminale utérine.
5. Sa branche annexielle.
6. Artère tubaire.
7. Artère ovarienne.
8. Artère tubo-ovarienne.
9. Sa branche tubaire.
10. Sa branche ovarienne.
11. Artère iliaque primitive.
12. Artère hypogastrique.
13. Artère iliaque externe.
14. Artère épigastrique.
15. Artère funiculaire.

16. Veine iliaque primitive.
17. Veine hypogastrique.
18. Veine iliaque externe.
19. Veines utérines.
20. Plexus veineux utérin.
21. Plexus veineux vaginal.
22. Plexus veineux sous-ovarien.
23. Plexus pampiniforme.

24. Ovaire.
25. Trompe.
26. Utricle.

et les connaissances anatomiques les plus récentes pour lesquelles on pourra, du reste, se reporter au point de vue des détails à l'excellente thèse de Fredet.

Au contraire de ce qui se passe pour les régions où les vaisseaux aboutissants sont dispersés, l'utérus peut être circonscrit assez facilement dans ses voies d'arrivée sanguine, à cause de l'existence de quatre pédicules vasculaires bien distincts (fig. 1), de telle sorte

qu'on peut se bien rendre compte du champ d'hémostase utérine pratiquement réalisable. En oblitérant par ligature tous les pédicules, on aura ainsi les plus grandes chances possibles d'atrophie utérine, et il semble que ce soit là le but idéal à poursuivre : la ligature de tous ces vaisseaux afférents ainsi que Rydygier (1890) la recommandait théoriquement, car il ne l'avait d'ailleurs pas pratiquée.

Mais les faits sont venus démontrer un point particulier, mis en valeur par Fredet : pour atteindre un résultat nettement atrophiant, l'hémostase définitive nécessaire varie avec la nature de la tumeur. Ainsi, pour le cancer utérin, il faut une hémostase aussi absolue, aussi complète que possible pour avoir une amélioration consistant surtout en la cessation ou la diminution notable des pertes ichoreuses. Pour les fibro-myomes de l'utérus, qui seuls nous intéressent ici, point n'est besoin, paraît-il, pour arrêter leur marche, pour favoriser tout au moins leur régression et la disparition des métrorrhagies dont ils se font cortège, d'un arrêt parfait de la circulation utérine ; ce résultat pourra être obtenu en supprimant « d'une façon brusque, temporaire ou définitive, une grande partie de l'apport du sang à la matrice ».

Cette distinction, constatée par l'expérience clinique, a son importance. Si l'on veut lier tous les pédicules vasculaires dans les cas de fibrome, on n'y arrivera que par laparotomie, par voie transpéritonéale. Il s'agit de suite d'une intervention sérieuse et qui n'a plus sa raison d'être, car alors, mieux vaut profiter de la voie abdominale ainsi créée, pour tenter, ce qui se pourra presque toujours, à moins de cas désespérés ou de malades cachectisées au suprême degré, une chirurgie plus radicale et moins aléatoire dans ses résultats. Si l'on se contente, au contraire, de la ligature des pédicules utérins proprement dits par la voie vaginale, en suivant la technique très simple de F. Martin et de Gottschalk, il ne s'agit là que d'une intervention facile, commode et sans danger. Or, il se trouve que dans les cas de fibromes utérins cette ligature est efficace et peut suffire. L'on comprend donc qu'elle soit la méthode la plus employée, la plus recommandable, et que la ligature des vaisseaux tubo-ovariens soit tombée en désuétude.

Il ne faut pas oublier qu'avec quelques anatomistes, Brœckaert entre autres, Fredet n'admet dans la géographie des artères de l'utérus qu'une artère : l'utérine. Son territoire dépasse même les limites de la matrice, car il s'étend à la vessie, à la partie antéro-

supérieure du dôme vaginal, à la moitié interne de la trompe et de l'ovaire.

L'utéro-ovarienne ainsi appelée à tort, et non moins à tort selon nous, spermatique interne, la tubo-ovarienne en tous cas, se distribue à la moitié externe des annexes sans rien donner à l'utérus.

C'est pourquoi il n'y a d'intérêt à tenter que la ligature de l'utérine, dans les cas où, comme le veulent Hartmann et Fredet, on applique de façon systématique la méthode atrophiante avec conservation de l'utérus, c'est-à-dire dans les cas de sélection : fibromes petits ou de très moyen volume. C'est alors une chirurgie minima et sans risques.

Néanmoins, nous allons passer en revue :

1° Les ligatures atrophiantes des vaisseaux tubo-ovariens, opération ou plutôt manœuvre de nécessité, chirurgie de dépit, au cours d'une laparotomie infructueuse ;

2° Les ligatures atrophiantes des deux hypogastriques, incertaines dans leurs résultats ;

3° Les ligatures atrophiantes des artères utérines, soit par la voie transpéritonéale (procédés de Rumpf — Hartmann — Fredet ; d'Altuchoff — Sneguroff), soit par la voie vaginale, procédés de Martin — Gottschalk — Goëlet).

1° Ligatures atrophiantes des vaisseaux tubo-ovariens et du ligament rond.

A. Données anatomiques.

La *tubo-ovarienne*, jadis faussement nommée utéro-ovarienne, maintenant non moins nommée à tort spermatique interne, après avoir croisé l'uretère, se place en dehors de lui avec ses veines satellites au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive, et forme avec elles un cordon riche en nerfs et en fibres lisses qui fait relief sous le péritoine. Ce cordon constitue sur une longueur de 2 centimètres le bord supérieur libre et mousse du ligament large avant d'atteindre la frange ovarique qui unit la trompe et l'ovaire.

L'artère est très flexueuse, les veines qui l'accompagnent n'ont pas de flexuosités, mais sont incomparablement plus volumineuses. C'est tout près de l'ovaire seulement que l'artère émet ses branches terminales (tubaire externe, ovarienne proprement dite, et anastomotique avec l'utérine). La mobilité du cordon vasculaire qui

contient le tronc de l'artère et qui est relié à la paroi pelvienne par un mince méso, rendra donc la ligature en masse facile et complète.

La branche anastomotique issue de la tubo-ovarienne et alimentée également par des anastomoses sous-péritonéales, peut donc en cas de ligature de l'*utérine*, ramener le sang à l'utérus.

Il arrive aussi que la tubo-ovarienne, méritant bien alors le nom d'utéro-ovarienne, fournisse effectivement au fond de l'utérus, ce qui était la conception ancienne d'ailleurs, et Fredet dernièrement en a disséqué quelques exemples, de telle sorte que certaines tumeurs de l'utérus sont alors nourries par la tubo-ovarienne directement et surtout, ou encore par la voie récurrente qu'elle offre lorsqu'on a lié l'*utérine*. En juin 1899, en aidant notre maître Segond dans une hystérectomie abdominale totale pour fibrome interstitiel qui donnait à l'utérus une forme tout à fait globuleuse avec un volume assez considérable (10 centimètres dans les divers diamètres), nous avons pu constater que l'utéro-ovarienne droite présentait ceci de particulier qu'elle était variqueuse, extrêmement serpentine, très longue, très tortueuse, très grosse : comme une plume d'oie. Ses parois avaient un aspect blanchâtre, étaient rigides et l'on voyait nettement les battements artériels. Nous pûmes, après l'ablation de l'utérus, constater sur la pièce, son anastomose avec l'*utérine* se faisant à plein et large canal. L'utéro-ovarienne et l'*utérine* faisaient une anse très apparente dont le bord convexe regardait le bord correspondant de l'utérus tandis que les extrémités originelles venaient de la paroi latérale du bassin.

Lorsqu'on voudra obtenir une hémostase absolue de l'utérus, l'on devra par conséquent lier les tubo-ovariennes en même temps que les utérines ainsi que l'avaient conseillé, dès les premiers temps, Gubaroff (1890). Le point d'élection de la ligature est donc au niveau du cordon vasculaire près du détroit supérieur, parce qu'il est facile à saisir, parce qu'elle étreint le tronc même de l'artère, parce qu'elle arrête le retour du sang veineux par les veines salpingiennes qui charrient au moins autant de sang veineux que les veines utérines elles-mêmes, parce qu'elle entraîne une destruction des nerfs, de telle sorte que le maximum d'effet trophique est obtenu en agissant à la fois sur les artères, les veines et les nerfs.

Souvent on a cru lier la tubo-ovarienne, en liant près de la corne

utérine au-dessous de la trompe et de l'ovaire, alors qu'en réalité on n'étreignait que la branche terminale postérieure de l'utérine ou l'anastomotique utérine. Les communications entre la tubo-ovarienne et l'utérine qui ont lieu par les branches tubaires, le réseau tubaire et péritonéal, n'étaient pas interrompues, et l'on ne faisait dans ces cas qu'une ligature partielle. Remphry⁶⁶, qui a fait une étude approfondie du système anastomotique dans le ligament large entre l'utérine et la tubo-ovarienne, a bien vu ce qu'il en était, et pour lui, si on a obtenu parfois des résultats à la suite de l'annexectomie, c'est parce qu'ordinairement on étreint et supprime une grande partie du ligament large.

L'artère du ligament rond (funiculaire, spermatique externe !) est infime à côté de l'utérine et de la tubo-ovarienne. Elle naît, d'après les descriptions classiques, de l'épigastrique ; c'est pourquoi Gubaroff⁶⁷ (1889) conseillait de lier l'épigastrique pour tarir la circulation artérielle du ligament rond. Fredet (1899) l'a vue naître de la circonflexe iliaque, de telle sorte que, dans ce cas, la ligature de l'épigastrique serait vaine pour arrêter le sang dans le ligament rond.

En pénétrant dans le cordon, l'artère du ligament est d'abord superficielle et émet de fines artérioles ramifiées sous le péritoine enveloppant le cordon et anastomosée avec des branchioles fournies par l'utérine au ligament rond. Elle devient ensuite plus profonde et se creuse un chemin au sein du faisceau musculaire lisse du ligament, tout en décrivant des flexuosités et en s'accompagnant de veines nombreuses. Au niveau de l'angle supéro-interne du ligament large, l'artère du ligament rond s'anastomose, non par des ramifications utérines, comme on le croit généralement, mais d'une façon large par une ou deux branches qui s'inosculent avec les branches tubo-ovariennes de l'utérine.

B. Technique opératoire.

La ligature de ces vaisseaux, qui n'ont d'ailleurs qu'une importance secondaire dans l'irrigation vasculaire de l'utérus, est généralement tout à fait simple, du moins dans les cas où l'utérus est peu volumineux et peu déformé. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'énormes fibromes utérins, comme cela arrive de plus en plus rarement, pour lesquels les malades ont temporisé au point d'être devenues absolument inopérables. Il peut arriver alors, non

pas que cette ligature soit très difficile seulement, mais que l'on ne parvienne que très péniblement, à découvrir même, ces vaisseaux disparus sous un fouillis d'adhérences ou encore complètement fusionnés avec des lobes de la tumeur et non pédiculisables. C'est pour cela que nous nous attardons aux quelques conseils suivants :

La laparotomie faite, dans ces cas difficiles que nous venons d'envisager, presque restreinte à un rôle d'exploration, on cherchera à reconnaître les battements de l'artère tubo-ovarienne qui serpente à la surface de la masse du fibrome dans le cas d'annexes sessiles et de tumeurs volumineuses, absolument comme dans les tumeurs du ligament large. Entre le pouce et l'index on pourra parvenir à les pincer. Ceci fait, on placera deux fils sur l'artère, l'un le plus en dedans possible près de l'utérus, empiétant, si besoin, dans le muscle utérin afin de mettre obstacle au sang débouchant de l'utérine par son anastomose par inosculatation avec la tubo-ovarienne, ou pour parler plus exactement sur la terminaison de l'utérine : dans ce cas, cette partie de la ligature atrophiante est plutôt une ligature utérine qu'une ligature tubo-ovarienne ; quant à l'autre fil, on devra le poser le plus en dehors possible sur le cordon vasculaire tubo-ovarien, immédiatement à sa descente sous le détroit supérieur, sur la partie supéro-externe du ligament large.

Si l'artère ne pouvait pas être reconnue, on n'aurait qu'à passer au moyen d'une aiguille mousse des anses de soie de façon à constituer une ligature en chaîne au-dessous des annexes étalées. D'après Delagenière⁶⁸, Hegar pratiquait la ligature atrophiante en chaîne avec un fil élastique abandonné.

Si les annexes se pédiculisent avec facilité, il vaudrait sans doute mieux, pour certains auteurs, recourir à l'opération d'Hegar-Battey, à la castration pure et simple. Nous dirons plus loin, au chapitre des indications, quel est notre avis à ce sujet.

Pour ce qui est de la ligature de l'artère du ligament rond, le moyen le plus simple est de lier le ligament en masse. Mais comme il est très volumineux, il faut serrer solidement le fil. On peut encore fendre longitudinalement le ligament rond : on découvrira l'artère, on la sectionnera et la pincera : elle donne un jet très appréciable, paraît-il. La ligature en masse a, de plus, l'avantage de porter sur le tronc principal et d'interrompre la petite circula-

tion anastomotique superficielle sous-péritonéale du ligament rond (artérioles funiculaires et artères utérines).

Quand on tente, par pis-aller du reste, cette petite intervention de la ligature du cordon vasculaire tubo-ovarien, dans les conditions difficiles que nous venons d'énoncer, on peut craindre une hémorrhagie due à la blessure des grosses veines variqueuses qui sillonnent souvent la surface des utérus fibromateux ou à la piqure d'un varicocèle tubo-ovarien quelquefois très développé. C'est ainsi que notre ami Herbert⁶⁹ (1896) a signalé une fois un varicocèle du ligament large, situé près de la corne utérine, qui avait le volume d'une noix et qui fut pris dès l'abord pour un anévrysme, alors qu'il s'agissait d'un confluent veineux où venaient aboutir nombre de veines dilatées à l'extrême et dont quelques-unes avaient le volume du petit doigt. Mais en dehors de ces difficultés qu'un opérateur habile peut à la rigueur surmonter, on pourra craindre, après l'opération, une infection secondaire péritonéale déterminée par un suintement intra-péritonéal résultant lui-même de la libération des adhérences pour la recherche des vaisseaux.

2° Ligatures atrophiantes des artères hypogastriques.

A. Généralités sur la ligature atrophiante de ces artères.

La ligature *temporaire* des artères principales et même celle de l'aorte abdominale (Faure⁷⁰, 1899), la compression intra-abdominale prolongée de l'aorte et de ses grosses branches au cours des opérations (K. G. Lennander⁷¹, d'Upsala), la ligature *définitive* de l'aorte abdominale à la suite de laquelle le malade survécut 48 jours (Keen, de Philadelphie, 1897), 39 jours (Tillaux), sans que le patient se ressentit de troubles rénaux et fémoraux ; la ligature de l'iliaque primitive faite à défaut de l'hypogastrique introuvable (Bernard Pitts⁷², 1899), de la même artère pour anévrysme diffus de l'iliaque externe et de la fémorale (Routier⁷³, 1900), de l'iliaque primitive encore au cours d'une hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin avec évidemment pelvien, que nous eûmes l'occasion de pratiquer avec notre maître Legueu⁷⁴ (1899), toutes ligatures n'ayant entraîné aucun trouble de gangrène du côté du bassin et du membre correspondant, peuvent donner à penser que la ligature de l'hypogastrique plus bas et plus secondairement

située que les grosses artères précitées, est praticable sans danger de nécrose pour totalité ou partie du territoire qu'elle détient, mais par la même occasion aussi, démontre la puissante suppléance par collatéralité et l'espoir limité qu'on doit fonder sur le pouvoir atrophiant de la ligature de l'iliaque interne.

Cependant, Bier⁷⁵ (de Kiel) applique le premier (1893) la ligature des deux hypogastriques dans un but atrophiant (mais pour hypertrophie prostatique). Willy Meyer⁷⁶ (1894-1896) fait également des essais dans la même affection, Trottin⁷⁷, en France (1898), passe une thèse sur ce même sujet.

Puis Kelly⁷⁸ (1893) a l'occasion de pratiquer la ligature des deux iliaques internes au cours d'une opération pour cancer utérin dont il ne parvenait pas à assurer l'hémostase. Pryor, ensuite, la pratique de propos délibéré pour épithélioma de l'utérus, et dans les mêmes circonstances, Polk, vint préconiser la ligature du tronc antérieur, viscéral de l'hypogastrique. Enfin, toujours pour cancer, Hartmann et Fredet⁷⁹ (1898) publient un cas de ligature de l'hypogastrique droite en même temps que du tronc ombilico-utérin gauche, des deux cordons utéro-ovariens, du ligament rond droit.

Mais la ligature des hypogastriques n'a pas, bien souvent, été tentée pour des fibromes de l'utérus. *A priori*, il était permis de croire qu'elle pût donner des résultats d'atrophie appréciables dans les tumeurs fibreuses, à condition d'y joindre celle des tubo-ovariennes, de manière à interrompre aussi complètement que possible le circuit sanguin de l'utérus.

Aussi, lui consacrons-nous un chapitre, ne serait-ce que pour rappeler la technique opératoire à suivre dans les cas où, si on ne la fait de propos délibéré, les circonstances obligent à y avoir recours, et pour dire dans quelle mesure on peut tabler sur sa valeur atrophiante relative.

B. Données anatomiques.

Au point de vue qui nous intéresse, c'est-à-dire la ligature de l'hypogastrique comme procédé atrophiant, nous voulons seulement envisager quelques détails anatomiques utiles, c'est-à-dire : 1° les rapports de cette artère avec la paroi pelvienne et la détermination précise de son segment liable; 2° ses rapports avec les viscères adjacents : l'uretère et le mésocolon iléo-pelvien.

1^o RAPPORTS AVEC LA PAROI PELVIENNE; POINT D'ÉLECTION DE LA LIGATURE.

C'est au niveau de la symphyse sacro-iliaque, qui a pourtant 5 à 6 centimètres de hauteur, que le plus grand nombre des anatomistes anciens et récents font naître, sans davantage préciser, l'hypogastrique de la bifurcation iliaque.

Quénu et Duval⁸⁰, auxquels on doit une belle étude récente (novembre 1898) de cette artère, adoptant l'opinion de Quain et de

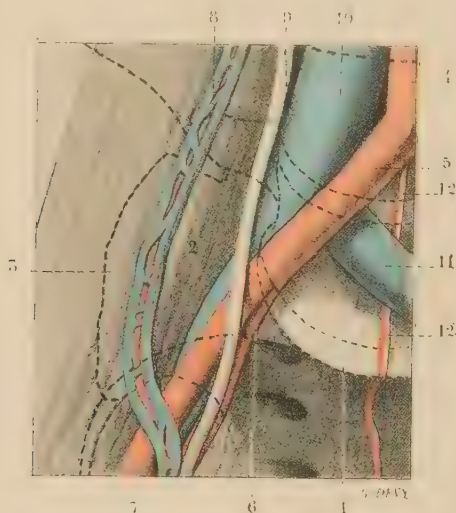


FIG. 2. — Rapports des artères iliaques et de l'hypogastrique en particulier avec le squelette. (Modifié d'après QUÉNU et DUVAL.)

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Promontoire. | 7. Artère iliaque externe droite. |
| 2. Aileron droit du sacrum. | 8. Vaisseaux utéro-ovariens. |
| 3. Articulation sacro-iliaque droite. | 9. Urètre. |
| 4. Aorte. | 10. Veine cave inférieure. |
| 5. Artère iliaque primitive droite. | 11. Veine iliaque primitive gauche. |
| 6. Artère iliaque interne droite. | 12. Artère sacrée moyenne. |

Cruveilhier, pour qui la bifurcation de l'iliaque primitive se fait au niveau de l'angle sacro-vertébral, admettent d'une façon plus exacte que la naissance de l'hypogastrique s'opère : près du bord inférieur de la cinquième lombaire et à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane (fig. 2). Précisant même davantage, ils décrivent une origine asymétrique de cette artère. Ainsi, la division aortique se fait un peu à gauche de la ligne médiane, l'iliaque primitive gauche est, de ce fait, portée plus en dehors et moins oblique que la droite,

d'où il résulte que l'hypogastrique gauche naît plus en dehors aussi et commence à 4 ou 4 centimètres et demi de la ligne médiane, tandis que la droite naît à 3 ou 3 centimètres et demi de la même ligne. De plus, l'hypogastrique gauche naît à un niveau de quelques millimètres plus bas que la droite. Mais il faut compter avec quelques variantes : par exemple, on peut voir la bifurcation iliaque tantôt plus haut vers le bord supérieur de la cinquième lombaire, tantôt plus bas que l'angle sacré-vertébral.

L'hypogastrique descend d'abord verticale, puis atteint le détroit supérieur, enfin plonge dans le bassin où elle s'épanouit en ses branches pariétales (fessière, ischiatique) et viscérales (hémorrhoidale moyenne, vésicale, utérine), de telle sorte qu'elle a : une portion originelle dans le grand bassin, terminale dans le petit bassin. Le segment initial, extra-pelvien, n'émet aucune collatérale, le segment terminal, intra-pelvien, donne les branches : c'est le premier segment, non ramifié, qui est le lieu d'élection de la ligature « dont le but est d'interrompre toute circulation collatérale établie par de nombreuses anastomoses entre les différentes branches de l'hypogastrique ». La longueur de cette portion ligaturable est de 3 centimètres en moyenne, si la bifurcation de l'iliaque primitive se fait comme à l'ordinaire sur le bord inférieur de la cinquième lombaire. Elle peut varier toutefois entre les limites extrêmes de 15 millimètres et 7 centimètres. Mais il y a toujours la place suffisante pour passer le fil à lier.

Pourtant, les deux iliaques interne et externe, après leur bifurcation, ne se séparent pas tout de suite, il existe entre elles un angle tellement aigu qu'elles restent pour ainsi dire dans le parallélisme, et ce n'est qu'après avoir contourné le détroit supérieur qu'elles s'abandonnent et divergent : telle est l'opinion de Cruveilhier, Quain, Quénu et Duval.

La veine hypogastrique satellite, qui est plutôt un très gros vaisseau plexiforme qu'une veine à unique lumière, est sous-jacente à l'artère.

2° RAPPORTS VISCÉRAUX ; URETÈRE, MÉSOCOLON ILÉO-PELVIEU.

Le plus souvent, l'uretère croise l'*iliaque externe* à 1 ou 2 centimètres en aval de son origine, puis obliquant en bas et en dedans, croise à son tour l'*hypogastrique*, de telle sorte qu'il y a sur cette dernière un segment suffisamment long pour lier en évitant le

contact de l'uretère qui est d'ailleurs un organe bien plus péritonéal que vraiment pariétal, car il se laisse décoller et entraîner avec la séreuse. Le croisement uretéro-hypogastrique se fait un peu plus haut du côté gauche.

Pour ce qui est des rapports si importants de l'hypogastrique avec le mésocôlon iléo-pelvien, deux dispositions se présentent : on sait que la racine du méso passe ordinairement en dehors des vaisseaux iliaques, il peut arriver cependant qu'elle croise ou la bifurcation de l'iliaque primitive, ou encore à la fois l'iliaque externe et l'hypogastrique. Cette dernière sera généralement aperçue dans le champ de la fossette intersigmoïde. Il n'y a donc qu'à soulever l'anse oméga et son méso qui, s'ils sont longs, permettront leur retroussement facile et la découverte aisée de toute la fossette intersigmoïde, qui, s'ils sont courts, au contraire, ne feront apercevoir « qu'un véritable tunnel étroit et profond à l'extrémité duquel l'œil ne peut rien voir, le doigt ne peut sentir l'iliaque interne » (Quénu et Duval). Dans le premier cas : fossette intersigmoïde étalée, on n'a qu'à inciser le feuillet séreux pariétal de la fossette qui passe au-devant de l'hypogastrique sur laquelle on tombe facilement. Dans le deuxième cas : fossette intersigmoïde en défilé, canaliforme pour ainsi dire, il faut traverser d'abord le méso avec ses deux lames, puis la lame pariétale, d'où incision de trois feuillets péritonéaux en tout. Dans le premier cas, la ligature sera « *sous-mésocolique* », dans le deuxième cas, elle sera « *transmésocolique*. »

C. Technique opératoire.

Pour découvrir l'artère et la lier, deux procédés sont en présence : on peut passer sous le péritoine sans l'ouvrir, on peut passer à travers le péritoine. Donc : *procédé sous ou extra-péritonéal* et *procédé trans-péritonéal*.

1^o PROCÉDÉ SOUS-PÉRITONÉAL.

On l'utilisait souvent dans la ligature de l'hypogastrique pour le traitement des anévrysmes fessiers, aussi peut-on comprendre qu'il ait été employé à une époque déjà ancienne où l'on avait l'appréhension, et pour cause, de l'ouverture du péritoine.

Bier (1893) d'abord, puis Willy Meyer (1894-1896) ont bien décrit cette technique :

Avant de commencer l'opération, il faut préparer la malade, évacuer son intestin pour éviter le ballonnement du ventre et, comme le conseille le professeur Farabeuf, la malade sera placée en décubitus dorsal, « mais les épaules et la tête un peu élevées par des oreillers pour relâcher modérément les parois abdominales. » Willy Meyer conseille, ce qui est mieux encore, la position de Trendelenburg. On commence par faire l'incision de la paroi dans la position horizontale, on élève ensuite le bassin de la malade, ce qui facilite la découverte des vaisseaux par le retrait de la masse intestinale vers la coupole diaphragmatique.

Après avoir envisagé le trajet de l'artère par rapport à la paroi, on mène une incision dont l'extrémité interne part d'un point situé à 3 centimètres en dehors du pubis, au-dessus et près de l'arcade crurale. Cette incision qui doit mesurer 12 centimètres de long, doit être dans son tiers interne parallèle à l'arcade, dans son tiers moyen curviligne avec convexité externe distante de trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, dans son tiers externe perpendiculaire à l'arcade et dirigée vers l'ombilic. Cette incision n'est autre que celle de Marcellin Duval qui est une combinaison des procédés de Cooper et d'Abernethy.

On coupe ensuite les parties molles jusqu'à la séreuse péritonéale exclusivement et on lie en chemin les nombreux vaisseaux de la peau (vaisseaux sous-cutanés abdominaux) et des différents plans musculo-aponévrotiques (aponévrose du grand oblique, aponévrose et muscle petit oblique, transverse, fascia transversalis).

Le péritoine est alors sous les yeux : s'il a été crevé par inadvertance, on le ferme par un surjet. Puis on le décolle facilement de la face profonde de la paroi abdominale et de la fosse iliaque. Le mieux est de ne se servir d'aucun instrument, de travailler avec l'index en suivant la face supérieure libre de l'iliaque externe qui sert de guide : l'on finit par refouler le péritoine, le tissu cellulaire, les vaisseaux génitaux et même l'uretère qui sont bien plus accolés à la séreuse qu'à la paroi pelvienne.

Arrivé sur l'hypogastrique, après avoir foré ce trajet sous-péritonéal, sans que le champ opératoire soit obscurci par le sang, si l'hémostase de la paroi a été bien faite, un aide substitue deux doigts à ceux de l'opérateur, deux doigts profondément situés et qui font valve en réclinant en dedans et en haut par l'intermédiaire de la séreuse, l'uretère presque adhérent à celle-ci et la masse intes-

tinale. A la place des doigts on peut mettre un écarteur métallique.

Il n'y a plus qu'à fendre la gaine celluleuse de l'artère au niveau de la bifurcation iliaque, on dénude l'hypogastrique, avec un crochet mousse on l'extrait de sa gaine, puis avec une aiguille de Deschamps ou autre, on passe un double fil de catgut très solide, on lie en deux points un peu distants et on sectionne entre les deux ligatures. Le P^r Farabeuf conseille de lier l'artère à 2 centimètres de son origine, assez près, par conséquent, de sa première collatérale.

La ligature faite, l'aide retire la main et le péritoine revient de lui-même se réappliquer sur la paroi pelvienne.

Willy Meyer ayant eu, dans un cas, un accident d'hémorrhagie par athéromatose de l'artère, juge inutile de la sectionner entre deux ligatures, une seule suffit. Au lieu de catgut, il préfère la soie comme fil constricteur. De plus, il conseille de lier l'artère avec sa gaine: on évitera plus sûrement ainsi sa blessure ainsi que celle de la grosse veine adjacente.

2^o PROCÉDÉ TRANSPÉRITONÉAL.

Dans ce cas, on fait une laparotomie médiane dans la position de Trendelenburg: le paquet intestinal tombe vers le diaphragme.

On va à la recherche de la bifurcation de l'iliaque primitive au niveau précisé par Cruveilhier et Quain et, plus dernièrement, par Quénu et Duval.

On soulève avec une pince à griffe le péritoine pariétal qui repose sur la bifurcation artérielle, on incise le feuillet séreux d'un coup de pointe de bistouri ou de ciseaux, on fend la gaine de l'hypogastrique, on l'isole bien en se tenant très près de sa paroi, de façon à éviter la blessure de la veine et de l'uretère. On lie ensuite, comme nous l'avons dit plus haut. Farabeuf⁸¹ (1895) conseille de lier à 2 centimètres de l'origine, tout proche, par conséquent, de la première collatérale. Mais il y a lieu de poser la ligature aussi haut que possible, tout près de l'origine. Même en pratiquant ainsi, Delagénère⁸², dans deux cas, n'obtint pas une hémostase absolue. Nous avons dit plus haut que Polk se contentait de la ligature du tronc *viscéral* de l'hypogastrique. L'opération sera moins dangereuse au point de vue de l'hémorrhagie, si on se contente de passer sur le vaisseau une seule ligature sans sectionner l'artère.

La ligature de l'hypogastrique du côté gauche prête à quelques considérations à cause de la présence du mésocôlon iléo-pelvien, ainsi que l'ont montré Quénu et Duval (1898).

En effet, si le méso est long (fig. 3), il n'y a qu'à le rabattre vers

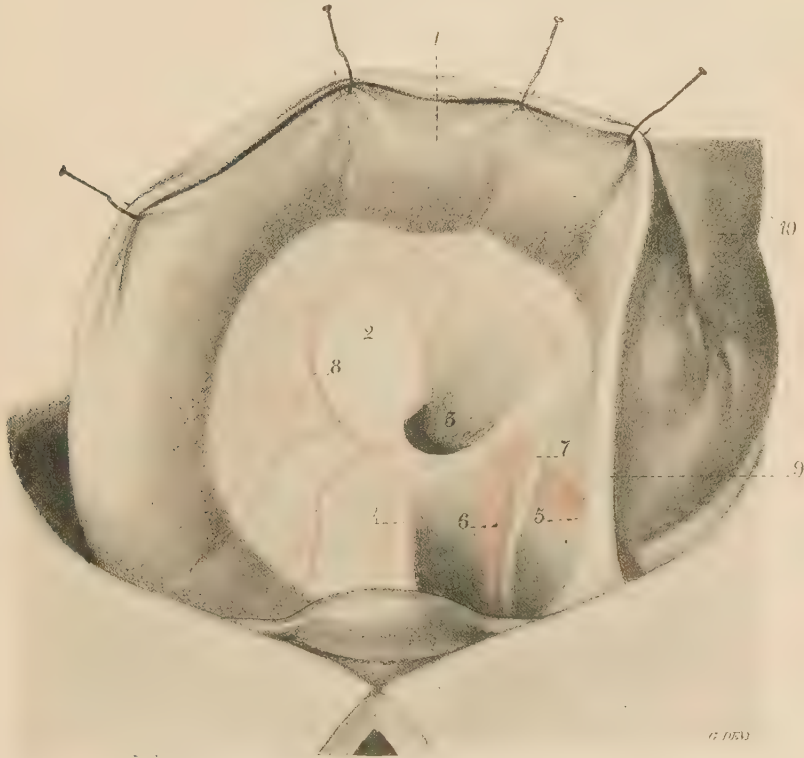


FIG. 3. — **Ligature de l'hypogastrique sous-mésocolique** (dans le cas où le mésocôlon est long et la fossette intersigmoïde facilement accessible). (Modifié d'après T. JONNESCO.)

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Côlon iléo-pelvien rabattu en haut. | 6. Hypogastrique. |
| 2. Mésocôlon pelvien. | 7. Urètre. |
| 3. Fossette intersigmoïde. | 8. Artère sigmoïde. |
| 4. Artère hémorroïdale supérieure. | 9. Ligament colico-iliaque. |
| 5. Iliaque externe. | 10. S iliaque. |

l'ombilic avec la partie de l'intestin qui en dépend et la ligature ne présentera pas de difficultés. S'il est court au contraire, s'il y a angustie et profondeur de la fossette intersigmoïde, il faut passer au travers du méso. Voici comment : on fait une incision verticale sur le mésocôlon iléo-pelvien, incision située à 4 centimètres à

gauche de la ligne médiane et dont le milieu est à la hauteur du promontoire. Il faut éviter que l'extrémité basse de l'incision ne descende pas trop près du bord d'attache de l'intestin à son méso,



FIG. 4. — Ligature de l'hypogastrique transmésocolique (dans le cas où le mésocôlon est court et la fossette intersigmoïde profonde).

- | | |
|--|---|
| 1. Angle sacro-vertébral. | 9. Feuillet profond du mésocôlon iléo-pelvien. |
| 2. Côlon pelvien. | 10. Artère hypogastrique. |
| 3. Côlon iliaque. | 11. Bifurcation de l'iliaque primitive vue à travers la boutonnière transmésocolique. |
| 4. Côlon descendant. | 12. Urotère. |
| 5. Iliaque primitive. | 13. Artère tubo-ovarienne. |
| 6. Mésocôlon pelvien. | 14. Artère colique. |
| 7. Artère sigmoïde moyenne. | |
| 8. Feuillet superficiel du mésocôlon iléo-pelvien. | |

sans cela on risquerait de blesser l'arcade artérielle qui le longe plus ou moins près : on devra donc s'arrêter pour cela à 3 centimètres du côlon iléo-pelvien (fig. 4). Avant de commencer la boutonnière transmésocolique, il faut étaler le méso, chercher à voir par transparence les artères sigmoïdes qui y sont incluses : on passe

entre la gauche et la moyenne. Dans le cas où le méso est lardacé, surchargé de graisse, on doit inciser le feuillet supérieur avec prudence, fouiller le méso à petits coups de sonde cannelée pour isoler l'artère sigmoïde moyenne, la rejeter en dedans et arriver sur le feuillet profond du méso que l'on incise à son tour. On tombe alors sur le plancher de la fossette intersigmoïde revêtu du péritoine pelvien pariétal : le doigt cherchera les pulsations artérielles de l'hypogastrique, on n'aura plus qu'à lier comme nous l'avons déjà dit. Dans tous les cas, on devra refermer le péritoine par quelques points ou un surjet au catgut fin par-dessus les ligatures pratiquées. Il ne reste plus qu'à suturer la paroi abdominale.

D. Parallèle entre les deux procédés : sous et transpéritonéal.

Bier et Willy Meyer trouvent le *procédé sous-péritonéal* préférable, probablement parce qu'ils ont été les premiers à le préconiser et à le pratiquer. Il est vrai qu'ils parlent de cette ligature atrophiante comme traitement de l'hypertrophie prostatique et qu'ils font valoir la raison que, dans la plupart des cas de cette affection, on a affaire à des individus âgés avec dégénérescence graisseuse du cœur et qui supportent mal les moindres interventions péritonéales. La même raison serait valable pour les femmes porteuses de gros fibromes, ceux inopérables ou dans lesquels on voudrait se contenter de la méthode atrophiante; or, chez ces femmes, Sebileau a bien montré la grande fréquence des troubles cardiaques et la dégénérescence du myocarde. Toujours est-il que dans le procédé sous-péritonéal, il est nécessaire de recourir à deux incisions de la paroi abdominale pour faire la ligature bilatérale.

Aujourd'hui, la *voie transpéritonéale* est préférée par presque tous les chirurgiens. D'abord, une seule incision de l'abdomen suffit : la laparotomie médiane permet la ligature bilatérale; de plus, l'acte opératoire est moins long, on a plus de jour, surtout quand on utilise la position déclive; tandis que la double incision iliaque expose davantage aux éventrations, peut ouvrir le canal inguinal et effondrer sa paroi postérieure, entraîne parfois, comme Bouisson⁸³ l'avait observé jadis, un décollement trop étendu du péritoine pariétal, et de plus, le procédé sous-péritonéal oblige à travailler dans le fond éloigné de la plaie « à bout de longs doigts

et dans un bas-fond » où l'isolement de l'artère est parfois très difficile.

La voie transpéritonéale est donc celle d'élection. Il est vrai que pour ce qui est de la ligature particulière de l'hypogastrique gauche, en cas de mésocôlon iléo-pelvien court et de fossette intersigmoïde tunnelforme, dans le procédé sous-péritonéal on n'a pas à s'en inquiéter autrement, puisqu'ici l'on suit tout le temps la paroi pelvienne et l'on va à la découverte de l'origine de l'artère hypogastrique en remontant la direction du courant sanguin de l'iliaque externe.

E. Incidents opératoires possibles au cours de cette ligature.

Nous parlerons ici de deux points intéressants : le premier concernant l'effet de la suppression circulatoire sur les organes voisins, le deuxième concernant l'état des parois artérielles.

On s'était demandé si la double ligature des deux hypogastriques ne pouvait pas entraîner des *troubles nutritifs d'ordre sphacélique* dans les viscères qui sont du domaine de l'iliaque interne, et Wieth (de New-York) s'était même demandé si elle n'amenait pas l'atrophie de la vessie. Or, dans les nombreux cas de ligature bilatérale des hypogastriques, on n'a pas observé de troubles urinaires. La suppression du courant sanguin n'a donc pas dépassé son but, et même, comme nous le dirons plus loin, elle est restée en deçà.

On a craint aussi que chez des malades âgés des *plaques d'athérome* développées sur des artères volumineuses comme le sont les hypogastriques, puissent provoquer des hémorrhagies primitives ou secondaires. Bier ne le croit pas : d'ailleurs, sur les hypogastriques qu'il a eu l'occasion de lier, il n'a pas trouvé trace d'athéromasie. Cependant le cas peut se présenter : Willy Meyer, une fois, trouva une iliaque interne droite tellement artério-sclérosée qu'on n'en pouvait sentir les battements ; malgré ses efforts, il ne put rompre la couche calcifiée, il laissa le fil autour du vaisseau sans le lier, ne voulant pas insister davantage de crainte de voir survenir une hémorrhagie redoutable, comme cela lui était arrivé dans un cas ; dans cette même opération, l'hypogastrique gauche était également athéromateuse : pour ne pas avoir fait une opération inutile, il tenta tout de même la ligature en serrant par saccades

successives : il eut la chance de réussir sans provoquer d'hémorrhagie.

Nous devons mentionner une coïncidence curieuse dans cette ligature de l'hypogastrique; elle a été observée par W. R. Pryor⁸¹ : après avoir dénudé et dégagé l'iliaque interne droite, au moment où il serrait les fils de soie sur l'artère, il y eut une *syncope respiratoire* : on cessa l'éthérisation et on pratiqua la respiration artificielle. L'alerte anesthésique passée, Pryor se mit en demeure de pratiquer la ligature de l'hypogastrique opposée : à l'instant où il plaçait et serrait le fil, nouvelle syncope respiratoire. Dans une observation de Hartmann et Fredet⁸³, nous lisons un fait à peu près semblable : une syncope chloroformique se produisit au moment où l'opérateur tenait serré entre ses deux index le pédicule utérin. Nous citons cette éventualité de la syncope, non seulement pour s'en garder quand on aura à pratiquer la ligature de l'hypogastrique, mais parce qu'il y a là plus qu'un hasard curieux : la suppression brusque du torrent circulatoire dans une très grosse artère serait-elle la cause de la syncope, ou encore y aurait-il simplement une action d'ordre réflexe?

3° Ligatures atrophiantes des artères utérines à leur naissance hypogastrique, par voie abdomino-transpéritonéale.

A. Données anatomiques.

Pour comprendre les divers procédés que nous allons décrire, de la ligature de l'utérine à sa naissance, il faut bien connaître le rapport de cette artère avec l'uretère et ne pas oublier que ce canal est le point de repère primordial et nécessaire. En effet, c'est sur le plancher de la fossette ovarienne que l'utérine croise l'uretère et passe au-devant de lui. « La fossette ovarienne est une région chirurgicale où l'on trouve toujours l'artère utérine au-devant de l'uretère. » (Fredet).

Mais auparavant, disons rapidement quelques mots de l'utérine et du territoire artériel qui est sous sa dépendance pour saisir le degré et la valeur de l'hémostase atrophiante que l'on obtiendra en liant ce vaisseau.

L'*artère utérine* chez la femme adulte est vraiment, à quelques exceptions près qui répondent au type classique anciennement décrit, l'*unique artère de l'utérus*, l'ancienne utéro-ovarienne ne

donnant rien à l'utérus normalement : telle est la conception des auteurs les plus récents : Brœckaert, Nagel, Poirier, Fredet, etc. La ligature de l'utérine doit donc « abstraction faite du retour du sang par voie anastomotique, assécher l'utérus tout entier ». (Fredet.)

La fossette ovarienne, qui loge l'ovaire, est une dépression limitée en avant par l'insertion du ligament large à la paroi pelvienne, en arrière par la crête de la gaine hypogastrique, crête qui contient l'uretère ; de telle sorte que ce canal est facile à distinguer : sous-jacent au péritoine il soulève la séreuse en relief à la limite postérieure de la fossette ovarienne.

Il ne faut pas oublier que la gaine hypogastrique est différente du *ligament large* qui se trouve en avant et qui n'est qu'un mésopéritonéal soutenant les vaisseaux tubo-ovariens et les annexes de de la paroi pelvienne à l'angle utérin. Ce mésoligamentaire a une forme triangulaire, à angle mousse attaché à la paroi latérale du bassin, à bord supérieur annexiel libre, à bord inférieur adhérent au plancher pelvien, à bord interne ou utérin s'étendant en hauteur de la corne utérine au niveau de l'orifice interne de l'utérus : son ensemble forme une lame légèrement concave en arrière.

La *gaine hypogastrique*, qui, elle, contient les artères, les veines, les nerfs et qui mérite bien le nom, que lui donnait Charpy, de *gaine vasculaire*, est une lame épaisse, aplatie d'avant en arrière et trapézoïde. Mais, non seulement la gaine hypogastrique est un organe de contention des vaisseaux afférents et efférents de l'utérus, elle est une puissante formation conjonctive qui constitue l'agent principal de fixation de l'utérus (*ligamentum cardinale*, de Kocks). Sa petite base est un peu au-dessous du détroit supérieur, près de l'épine sciatique, sur une ligne plus ou moins élevée où commencent (artères) et finissent (veines et lymphatiques) les vaisseaux hypogastriques ; sa grande base s'étend sur tout le bord de l'utérus et du vagin : vaste ligne d'entrée et de sortie des vaisseaux du muscle utérin ; son bord inférieur est appliqué au plancher pelvien ; son bord supérieur n'est pas inclus entre les lames du ligament large, il est libre : dans son ensemble, il décrit une courbe sous-péritonéale concave en haut et en avant dont l'extrémité postéro-externe est à la bifurcation de l'iliaque primitive et contient en relief l'uretère, dont l'extrémité antéro-interne atteint le niveau de l'orifice interne de l'utérus pour remonter ensuite en

haut le long du bord de l'utérus et contient l'utérine, de telle sorte que ce bord supérieur de la gaine hypogastrique falciforme est, par l'organe qu'il enveloppe, urinaire (uretère) en dehors, artériel (utérine) en dedans ; il est toujours visible et sensible au doigt.

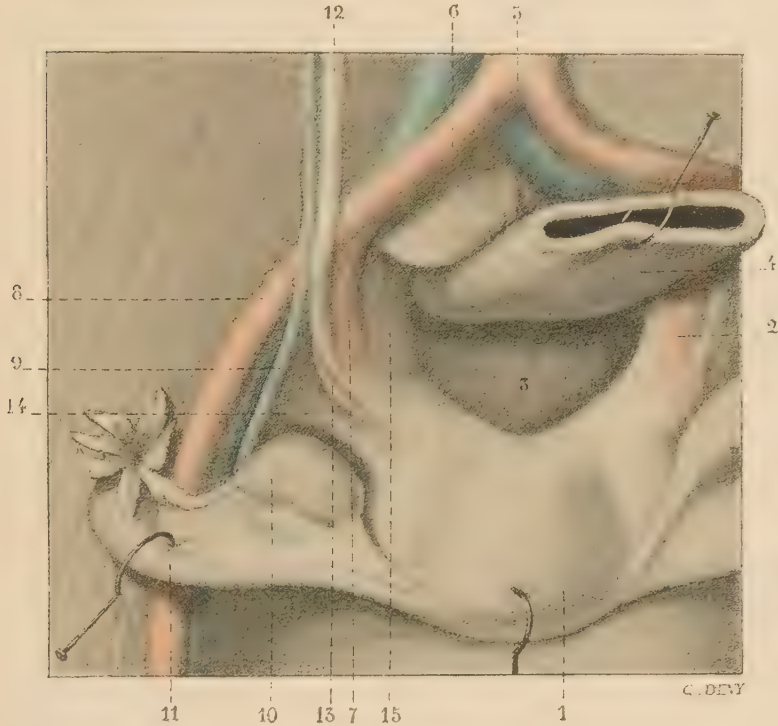


FIG. 5. — Fossette ovarienne (d'après HARTMANN et FREDET).

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Utérus. | 9. Vaisseaux utéro-ovariens et ligament sus-
penseur de l'ovaire. |
| 2. Ligaments utéro-sacrés. | 10. Ovaire. |
| 3. Cul-de-sac de Douglas. | 11. Trompe. |
| 4. Rectum. | 12. Uretère. |
| 5. Aorte. | 13. Artère utérine. |
| 6. Artère iliaque primitive. | 14. Fossette ovarienne. |
| 7. Artère hypogastrique. | 15. Fossette sous-ovarienne. |
| 8. Artère iliaque externe. | |

La *fossette ovarienne* (fig. 5), lieu d'élection abdominal de l'utérine, est donc comprise entre le bord libre ou supérieur du ligament large en avant (mésotubo-ovarien et annexiel) et le bord libre ou supérieur de la gaine hypogastrique (mésouretéro-vasculo-utérin) en arrière. Elle a une forme ovale dont l'extrémité

externe confine à la margelle du petit bassin, au point où vaisseaux tubo-ovariens et uretère se rencontrent, dont l'extrémité interne confine presque au bord de l'utérus, au point où les vaisseaux utérins avec la gaine hypogastrique pénètrent dans le ligament large proprement dit pour grimper ou descendre le long du bord utérin.

Il existe un repli utéro-rectal constitué par des fibres lisses et revêtu de péritoine formant le repli de Douglas qui surplombe le cul-de-sac de Douglas. On ne le confondra pas avec la crête de la gaine hypogastrique.

En résumé, d'avant en arrière et de haut en bas, il y a trois replis : 1° le bord supérieur du ligament large proprement dit ; 2° l'arête de la gaine hypogastrique ; 3° le repli de Douglas. Cette disposition en escalier ou en terrasses successives donne lieu à la limitation de plusieurs fossettes péritonéales : la fossette ovarienne, celle qui nous intéresse seule, où l'ovaire repose véritablement, qu'on nous permette la comparaison, comme dans un hamac, et où un treillis d'adhérences difficiles à rompre le maintient, parfois ; 2° une fossette moyenne plus basse, entre la crête hypogastrique et le repli falciforme de Douglas ; 3° une fossette plus basse et plus profonde encore, en oubliette : le Douglas.

Telle est la topographie anatomique de cette zone qu'il est nécessaire de bien avoir présente à l'esprit. Pour lier l'utérine à sa source, il faudra : chercher la fossette ovarienne, soulever l'ovaire qui y est prolabé, découvrir dans la partie externe de la crête de la gaine hypogastrique l'uretère. L'utérine est immédiatement sous le péritoine et en avant de l'uretère. Quelquefois l'utérine naît par un tronc commun avec l'artère ombilicale. Quant à l'artère obturatrice, elle est beaucoup plus haut située et plus nettement pariétale. Pour résumer, on peut dire que la partie externe du plancher de la fossette est vasculaire, la partie interne du plancher presque uniquement péritonéale, la partie externe du bord postérieur de ce plancher, urinaire, urétérale. La portion externe, vasculaire, du plancher est en effet composée en allant de dehors en dedans, de l'extrémité pelvienne de la fossette vers son centre, par les troncs vasculaires suivants disposés pour ainsi dire en traverses sur lesquelles est appliqué le péritoine : l'artère iliaque externe, la veine iliaque externe, l'obturatrice, l'ombilicale, enfin l'utérine : l'artère à lier.

B. *Techniques opératoires.*

Nous décrivons :

1° La ligature de l'utérine à son origine (dans la fossette ovarienne) par une incision parallèle du bord antérieur de l'uretère : procédé de Rumpf-Hartmann-Fredet.

2° La ligature de l'utérine à son origine (dans la fossette ovarienne) par une incision dans le ligament large, entre la trompe et le ligament rond : procédé d'Altuchoff et de Sneguroff.

3° La ligature de l'utérine au commencement de sa portion terminale (dans la partie interne du ligament large) par une incision dans la partie latérale du cul-de-sac vésico-utérin : procédé de Delagénère. (Nous décrivons ce procédé à cette place, parce qu'il utilise la voie abdominale.)

1° LIGATURE DE L'UTÉRINE A SON ORIGINE (DANS LA FOSSETTE OVAIRIENNE) PAR UNE INCISION PARALLÈLE AU BORD ANTÉRIEUR DE L'URETÈRE : PROCÉDÉ DE RUMPF-HARTMANN-FREDET.

Baumgartner⁸⁶ écrit avoir lié l'utérine à sa naissance sur l'hypogastrique, mais il ne dit pas par quel procédé.

Rumpf⁸⁷ (1895) avait fait cette ligature, mais pas de propos délibéré, comme moyen atrophiant; en réalité, elle n'était que le premier temps d'une hystérectomie abdominale totale avec évidement pelvien et ablation ganglionnaire dans un cas de cancer étendu, au même titre que, depuis, quelques chirurgiens, pour la même intervention, ont préconisé la ligature de l'hypogastrique comme moyen d'hémostase préventive (Delagénère, 1899, 1900). Quoi qu'il en soit, c'est Rumpf, le premier, qui eut l'idée de ce procédé et qui, le premier, l'appliqua.

Hartmann⁸⁸ (1897) utilisa ce procédé, mais alors dans un but thérapeutique nouveau : l'hémostase atrophiante. Il semble, à ce point de vue plus spécial, avoir droit de priorité. Il mit à profit, dans l'application de sa manière opératoire, les données anatomiques des rapports de l'uretère et de l'utérine à son origine, enseignées depuis plusieurs années par le professeur Farabeuf.

Fredet⁸⁹ (1898) a bien étudié, par des expériences cadavériques et par son assistance opératoire, la technique de Rumpf, que cet auteur n'avait, du reste, décrite que sommairement.

Voici le procédé de Rumpf-Hartmann-Fredet :

La malade est placée en position déclive de Trendelenburg. On

fait une laparotomie médiane sous-ombilicale large. Il ne faut pas craindre d'inciser jusque près de l'ombilic. Des écarteurs latéraux sur les tranches de section de la paroi abdominale, des compressees sur l'intestin qu'elles refoulent vers le diaphragme où, d'ailleurs, la position renversée l'a déjà fait descendre, font du jour et la place nette.

On repère la zone opératoire : on reconnaît le psoas, on saisit les annexes, on soulève l'ovaire couché dans la fossette ovarienne, on l'attire en haut et en avant : le ligament large se tend et la fossette apparaît dans toute son étendue. La bordant en arrière et en dehors sur la cime de la gaine hypogastrique, l'uretère apparaît faisant saillie, jaunâtre, animé parfois de contractions péristaltiques.

On fait alors au péritoine de la fossette, soulevé avec une pince à griffes, une incision au bistouri longue de 3 à 4 centimètres, incision aussi basse que possible au-devant de l'uretère et parallèlement à lui.

Avec une sonde cannelée, et saisissant tour à tour chaque lèvres de l'incision péritonéale, on décolle la séreuse : d'abord un tout petit peu en arrière ce qui permet de rétracter l'uretère en même temps que le péritoine avec un petit écarteur de Farabeuf, beaucoup plus en avant, où l'on cherche l'artère qui est généralement à 3 centimètres au moins au-dessous du détroit supérieur. On trouve deux artères, tantôt isolées, tantôt émanées d'un tronc commun : ce sont l'ombilicale et l'utérine. L'utérine se reconnaît à ce qu'elle est plus bas située et qu'elle a une tendance à se diriger vers l'utérus, mais, selon Fredet, c'est quelquefois un signe trompeur. Pour plus de sûreté, dans ce cas, il vaut mieux lier les deux artères, les deux artères même plutôt que le tronc, ce qui paraît paradoxal au premier abord, mais ce qui se conçoit facilement ; on évite ainsi, comme le fait justement remarquer Fredet, le retour du sang de l'ombilicale dans l'utérine par voie rétrograde.

On fait la ligature bilatérale et l'on peut la compléter, pour ce qui est des fibromes autant que pour le cancer, par la ligature en masse des cordons tubo-ovariens et des ligaments ronds. On sait qu'Hartmann et Fredet, dans le cas de fibromes, se contentent de la ligature de la seule utérine.

Toutefois, dans le cas de fibromes du fond de l'utérus ou

des angles utérins (qui, nous le répéterons souvent à dessin, ne seront que bien rarement justiciables de ces ligatures atrophiantes, ces fibromes recevant, parfois, leur apport nutritif sanguin bien plus de l'utéro-ovarienne que de l'utérine elle-même, les ligatures complémentaires portées sur les cordons vasculaires tubo-ovariens et le ligament rond devront être faites.

Toutes ces ligatures seront à la soie ou au catgut : de préférence celui-ci. Il faut lier vigoureusement mais sans secousses, et couper ras le fil.

Pour les chirurgiens accoutumés à la chirurgie abdominale, cette ligature n'offre pas de difficultés si l'on opère sur de petits utérus ou des bassins peu obstrués par la présence des masses fibreuses. Mais, s'il y a des adhérences qui enfouissent la zone ovarienne, des lobes fibromateux qui appuient plus ou moins fort à ce niveau, n'ayant plus les points de repère appréciables et gêné par les néo-membranes et ces lobes, on pourra avoir de très réelles difficultés. Or ce sont généralement ces cas difficiles, d'après nous, qui peuvent rentrer dans les indications des ligatures atrophiantes. Il ne faut pas oublier que si la ligature de l'utérine avant l'émission de ses branches peut être d'une certaine utilité, elle n'empêche pas le retour du sang à l'utérus par la voie vaginale.

Fredet (1898) a eu l'occasion, dans un cas, de pratiquer, 7 mois après, l'autopsie d'une femme ainsi opérée par Hartmann et il en a montré les pièces nécropsiques intéressantes à la Société anatomique : la fossette ovarienne était typique ; les fils des ligatures furent retrouvés aux points où ils avaient été placés et l'on put constater que l'oblitération obtenue par la constriction des soies aseptiques était limitée aux points serrés. Duplay et Lamy (1897) avaient déjà observé ce fait dans leurs expériences sur les animaux. Terrier avait remarqué également qu'une asepsie trop parfaite entrave l'hémostase définitive d'une veine même sectionnée et non liée. Ces pièces, injectées à la gélatine, montraient bien que l'hémostase de l'utérus n'avait pas été complètement obtenue, ce qui avait du reste été prévu : le sang devait refluer par la branche antérieure de la tubo-ovarienne, par les artères du ligament rond, les artères du vagin. Point intéressant encore et curieux, les artères tubo-ovariennes et du ligament rond, restées perméables, n'avaient subi, après 7 mois cependant, aucune augmentation compensatrice de calibre.

2^o LIGATURE DE L'UTÉRINE A SON ORIGINE (DANS LA FOSSETTE OVAIRIENNE) PAR UNE INCISION DANS LE LIGAMENT LARGE ENTRE LA TROMPE ET LE LIGAMENT ROND : PROCÉDÉ D'ALTUCHOFF-SNEGUROFF.

Altuchoff a décrit son procédé original en 1896. Peu après, le professeur Sneguroff⁹⁰ (de Moscou) l'exécutait et l'employait comme temps préliminaire de l'hystérectomie abdominale et comme moyen d'hémostase préventive, de même que Rumpf pour son procédé.

N. Phénoménoff⁹¹ (1897) à propos également de différentes modifications à apporter à l'hystérectomie abdominale sus-vaginale, conseille l'hémostase préventive de l'utérine selon la technique d'Altuchoff et de Sneguroff et y ajoute, pour sa part, quelques détails que nous dirons.

Hartmann a exécuté (octobre 1897) le procédé d'Altuchoff et Sneguroff dans son deuxième cas de ligature atrophiante de l'utérine (mais pour cancer).

Voici, avec quelques détails complémentaires, le procédé d'Altuchoff-Sneguroff. Malade en position déclive de Trendelenburg. Laparotomie médiane sous-ombilicale : grande incision, étendue jusqu'à l'ombilic. Le chirurgien opérera avec plus de facilité, selon Fredet, en se plaçant à gauche de la malade pour l'utérine droite et inversement, car « l'on n'est pas gêné par la paroi et l'on a mieux sous les yeux, face à soi, le champ à explorer ».

Le ligament rond est saisi et tendu en ayant entre le pouce et l'index de la main gauche, puis maintenu dans cette situation par un crochet placé sur lui du côté de son extrémité pelvienne et que maintiendra l'aide. L'utérus et les annexes restent fixés à leur place.

Par cette petite manœuvre, on dispose, très bien tendue et visible, l'aire triangulaire péritonéale que limitent le ligament rond en avant et les annexes en arrière, où va porter l'incision.

On fait cette incision n'intéressant que le feuillet péritonéal antérieur du ligament large, longue de 3 centimètres, parallèlement et immédiatement en arrière du ligament rond. Son extrémité externe est à 1 centimètre de la ligne innommée. Le tissu cellulaire du ligament large est à découvert : on le dissocie avec une sonde cannelée, un instrument mousse quelconque ou simplement avec le doigt. A une profondeur de 12 à 16 millimètres, on

trouve l'utérine que l'on dénude et qu'on lie. Il n'y a guère de danger de pincer l'uretère qui est resté en dessous et en arrière, à la condition, dans cette manœuvre de décollement du péritoine et de dissociation du ligament large, de se tenir près de son feuillet antérieur qui offre un point d'appui assez résistant grâce à sa doublure musculaire lisse dont le ligament rond n'est qu'une condensation, ainsi que l'enseignent les classiques, mais qu'Altuchoff distinguait comme une formation spéciale décrite par Gubaroff⁹² (1892) sous le nom de « mésentère du ligament rond » et qui, d'après lui, permettait d'attirer en haut l'artère utérine en l'éloignant de l'uretère et de la veine utérine. C'est, du reste, sur cette notion erronée qu'Altuchoff était parti à la découverte de son procédé, comme l'a démontré Fredet.

D'après ce dernier auteur, il serait plus aisé de charger l'artère utérine de bas en haut et de dedans en dehors et plus sûr également de lier l'ombilicale en même temps que l'utérine.

Phénoménoff (1897) recommande de faire quelques instants la compression digitale sur les paquets veineux qui sont extrêmement développés : en agissant ainsi, les parties sous-jacentes deviennent exsangues et l'artère beaucoup plus facilement visible, animée qu'elle est, du reste, de battements. On peut suivre ainsi l'artère à découvert et apercevoir son croisement avec l'uretère et même la naissance de ses branches vaginales.

Pour faciliter l'accès de l'utérine, Phénoménoff emploie la traction de l'utérus ou encore un petit procédé qui consiste à introduire dans le vagin un ballon que l'on distend par du liquide sous pression, immédiatement après l'incision du péritoine sur le ligament large ; cette distension, qui rappelle celle du ballon de Petersen, entraîne le soulèvement de l'utérus, écarte les vaisseaux et les met en valeur individuelle, ce qui facilite beaucoup la recherche de l'utérine. Il est nécessaire d'être prudent dans cette petite manœuvre de distension vaginale surtout lorsqu'on a affaire à des multipares âgées. Phénoménoff, à l'appui de cette recommandation, cite un cas de rupture du vagin de 2 centimètres et demi chez une femme âgée de 45 ans seulement, mais multipare, occasionnée dans ces circonstances.

Fredet, qui a expérimenté cette ligature sur le cadavre, l'y a trouvée facile, mais moins lorsqu'il a eu l'occasion avec Hartmann de la pratiquer sur le vivant ; dans leur cas, il y avait, il est vrai,

des adhérences ; mais d'une façon générale, en chirurgie, cette difficulté se retrouve toujours, quand on passe du cadavre au sujet vivant : cela se comprend sans qu'il soit besoin d'insister ; cependant, pour ce qui est du cas particulier des ligatures artérielles, la découverte est certainement plus aisée sur la malade où l'artère est battante, pulsatile, pleine, et manifeste sa présence à l'œil et au doigt pour peu que l'on veuille prêter l'attention nécessaire.

Le procédé de Rumpf serait plus facile, d'après Fredet, que le procédé d'Altuchoff ; toutefois, ce dernier serait indiqué quand la fossette ovarienne est peu étendue transversalement, car l'artère utérine est alors très rapprochée du ligament large.

3° LIGATURE DE L'UTÉRINE AU COMMENCEMENT DE SA PORTION TERMINALE (DANS LA PARTIE INTERNE DU LIGAMENT LARGE), PAR UNE INCISION DANS LA PARTIE LATÉRALE DU CUL-DE-SAC VÉSICO-UTÉRIN : PROCÉDÉ DE DELAGÉNIÈRE.

Ce procédé n'a pas été, à ce qu'il nous semble, employé comme application de la méthode atrophiante.

Delagénère⁹³ (1898) décrit cette ligature à l'occasion des plaies de l'utérus. On pourrait, à la rigueur, l'utiliser pour le traitement des fibromes au même titre que les techniques précédentes ou que les procédés par voie vaginale que nous décrirons plus loin, mais réservons-nous tout de suite et disons que les occasions en seront tout à fait exceptionnelles.

C'est dans le désir d'être aussi complet qu'il est en notre pouvoir, que nous voulons exposer tous les modes opératoires principaux de ligature des artères nourricières de l'utérus et ses annexes, dans les cas où l'on aurait, par suite de circonstances imprévues, l'obligation d'y avoir recours. Nous résumerons donc, d'après Delagénère, cette troisième manière de ligature de l'utérine par la voie abdominale.

La malade est placée en position de Trendelenburg, et l'on fait la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Avec une pince tire-balle ou une pince de Museux appliquée sur le fond de l'utérus, on attire celui-ci fortement en haut et en arrière et l'on confie la pince à l'aide qui maintient l'utérus dans cette situation.

On cherchera alors le cul-de-sac vésico-utérin, facilement

reconnaissable à la présence d'une bande transversale d'aspect nacré et qui indique le point de réflexion péritonéale.

Au bistouri, on trace une incision horizontale de 2 centimètres sur cette bande transversale : cette incision doit dépasser en dehors le bord de l'utérus et elle doit n'intéresser que la séreuse.

Avec l'index de la main gauche, ganté d'une compresse, on creuse un véritable puits jusqu'au cul-de-sac antérieur du vagin, et cela en décollant verticalement le péritoine, la vessie et l'uretère.

Cette manœuvre de décollement n'est pas dangereuse, faite avec la pulpe arrondie de l'index, à condition de ne jamais s'écarter du bord de l'utérus, qui toujours senti, sert de guide. Arrivé au niveau du dôme vaginal par décollement, on doit laisser retomber l'utérus à sa position normale, tandis que l'index droit introduit dans le vagin se dirige dans le cul-de-sac de Douglas et cherche le contact de l'index gauche demeuré dans la loge intra-ligamentaire et latéro-utérine qu'il s'est creusée : ainsi faisant, et grâce aussi à ses battements, la situation de l'utérine sera facilement définie.

Alors, avec une aiguille mousse et courbe on traverse le ligament large de part en part en pénétrant d'abord par la loge creusée sur le côté du cul-de-sac vésico-utérin et en sortant, à travers le feuillet postérieur du ligament, dans le Douglas. On passe ainsi sous l'artère sur laquelle l'index gauche est demeuré appuyé et qui sert de guide à l'instrument. On place ensuite un fil de soie solide dont un des chefs sort en avant par l'orifice artificiel creusé dans le ligament large et l'autre chef sort en arrière dans le Douglas. On ramène ensuite, en perçant de nouveau le ligament large d'avant en arrière, l'extrémité antérieure du fil dans le Douglas où elle retrouve l'extrémité postérieure du fil, mais cette fois en passant par-dessus l'utérine, de telle sorte qu'on a une anse de fil qui embrasse dans sa concavité l'artère au sein du ligament large, tandis que ses deux chefs dans le cul-de-sac de Douglas n'ont plus qu'à être serrés et noués sur le feuillet postérieur du ligament large. En somme, une partie de cette ligature est intra-ligamentaire (l'anse), une partie intra-péritonéale (le nœud) ; de plus cette ligature est, ce qui peut paraître paradoxal, *partiellement* en masse, puisqu'elle étreint non seulement l'artère mais la partie postérieure de la gaine hypogastrique. Il ne reste plus qu'à laisser retomber le rideau du feuillet péritonéo-ligamentaire antérieur au-devant de la cavité creusée au début pour la découverte de l'artère et fermer complète-

ment par un petit surjet au catgut fin la petite plaie transversale faite dans le cul-de-sac vésico-utérin.

On procédera de la même manière pour le côté opposé; mais pour la ligature bilatérale de l'utérine, on pourra faire d'emblée, dit Delagénère, une incision transversale du cul-de-sac vésico-utérin qui permettra l'accès immédiat et sans reprise sur les deux bords de l'utérus.

On pourra également, au lieu de lier les deux crosses utérines en faisant le nœud dans le Douglas, le serrer au contraire en avant, de telle sorte que l'anse du fil serait dirigée en sens inverse du cas précédent.

Nous ne croyons pas, quant à nous, qu'il soit nécessaire de traverser dans cette ligature le feuillet postérieur du ligament large : on peut très bien, en se guidant sur le doigt, faire une ligature purement intra-ligamentaire : il n'y aura pas ainsi de fil perdu dans le péritoine.

Ce dernier procédé de ligature pourrait être exécuté aussi bien par le vagin que par l'abdomen. Par conséquent, il ne semble avoir aucune utilité, d'autant que les méthodes vaginales que nous allons décrire bientôt sont beaucoup plus perfectionnées. Il pourrait rendre service seulement dans le cas où l'on aurait d'abord exécuté une laparotomie forcée de demeurer exploratrice et où les procédés d'hémostase plus haut située (hypogastrique, utérine dans la fossette ovarienne) se présenteraient dans des conditions d'extrême difficulté ou même d'impossibilité absolue. Il est inutile de dire combien son emploi sera tout à fait restreint et ne sera qu'une ressource de hasard.

4^e Ligatures atrophiées des artères utérines à leur terminaison, près de l'utérus, par la voie vaginale.

A. Données anatomiques.

Pour la ligature de l'utérine par voie *abdominale*, nous avons, après avoir indiqué la notion assez récente de l'utérine seule artère vraiment de l'utérus, cherché à préciser ses rapports à sa naissance dans la fossette ovarienne, sa participation à la gaine hypogastrique, quelle était la disposition topographique générale de celle-ci, et nous avons surtout insisté sur le rapport spécial de l'uretère comme point de repère primordial pour la découverte de l'artère.

Maintenant, nous allons passer en revue la ligature de l'utérine par la voie *vaginale* et près de l'utérus, c'est-à-dire en un point

où l'artère est épanouie, dispersée déjà et ramifiée : disposition nouvelle, importante, car pour obtenir une hémostase qui serait, sans cela, pour ainsi dire nulle, tant est riche en ce point la dérivation anastomotique, il faudra, de toute nécessité, lier non seulement le tronc générateur mais les branches terminales et collatérales. C'est pour cela que nous allons dire comment est constituée, à ce niveau, la gaine hypogastrique (sa morphologie et ses rapports généraux ayant été expliqués plus haut), comment se comportent les branches terminales et collatérales, c'est-à-dire quel est le champ de l'hématose utérine et quel est le réseau des anastomoses par lesquelles serait possible la suppléance ; comment encore les veines et plexus veineux se disposent vis-à-vis de l'artère et de ses branches ; comment enfin l'uretère est un rapport qu'il faut ici également préciser, non plus pour son importance de point de repère, mais pour sa présence qu'il faut éviter, de crainte de le lier ou de le sectionner en même temps que l'artère. Dans les procédés de ligature de l'utérine par la voie transpéritonéale, il faut en effet, se mettre à la recherche de l'uretère et le voir, dans les procédés par voie vaginale il faut soupçonner qu'il est là, à proximité, mais le fuir.

I. — LA GAINE HYPOGASTRIQUE ; SES LAMES VASCULAIRES SECONDAIRES ;
LES RAPPORTS DE L'URETÈRE. DÉDUCTIONS PRATIQUES.

La gaine hypogastrique contient, dans sa lame, tous les vaisseaux de l'utérus et du vagin jusqu'aux bords latéraux de ces derniers ; de plus, y sont inclus les vaisseaux de l'uretère et de la vessie : d'où, deux groupes vasculaires distincts : le *groupe vasculaire utéro-vaginal* qui est postérieur et se rend au bord latéro-utéro-vaginal ; — le *groupe vasculaire uretéro-vésical* qui est antérieur et se rend à la vessie et à la partie terminale de l'uretère.

La gaine hypogastrique totale est donc, à un moment, dédoublée en deux lames contenant, chacune, un de ces groupes vasculaires distincts.

Cette dissociation de la gaine hypogastrique s'effectue à déjà une assez grande distance de l'utérus, et c'est à l'angle de dissociation lamellaire, que l'uretère cesse ses rapports avec l'utérine, celle-ci se rendant directement à l'utérus en dedans, lui, l'uretère,

de l'utérine avec le cul-de-sac vaginal latéral correspondant et l'uretère. La portion incurvée, réfléchie, la crosse de l'utérine appose sa convexité, d'après ce chirurgien, au cul-de-sac vaginal dont elle est séparée par un tissu semblable à du tissu musculaire lisse, très riche en veines, caverneux presque, et qui a 1 centimètre à 1 centimètre et demi d'épaisseur (fig. 6). Le bistouri qui incise le cul-de-sac latéral est à proximité de l'artère, mais s'il s'éloigne de 1 à 2 centimètres du col, il est sûr de rencontrer l'uretère. Pour Ricard, au niveau du point où l'uretère croise l'utérine, le diamètre transverse du bassin est subdivisible en trois parties égales dont la médiane est occupée par l'utérus et comprend environ 4 centimètres. Quant à l'uretère, il n'est pas au milieu de l'espace latéral restant, il est à 2 centimètres et demi de la paroi pelvienne osseuse et à 1 centimètre et demi de l'utérus. Ricard a encore étudié la variation de ces rapports pendant l'abaissement de l'utérus. Voici ce qui se passe alors : l'utérus descend plus vite que la vessie, s'enclave entre les deux uretères et entre en contact plus intime avec la partie terminale de ces deux canaux.

Les conséquences pratiques d'une telle disposition bi-lamello-vasculaire de la gaine hypogastrique et de tels rapports de l'uretère avec le col utérin, les culs-de-sac vaginaux et l'utérine avec laquelle il effectue un croisement, pour la ligature dans un but atrophiant, sont les suivantes :

1° Par une incision du cul-de-sac latéral du vagin, un doigt pénétrant dans l'épaisseur de la base du ligament large, pourra dissocier assez facilement la lame vasculaire antérieure du pédicule uretéro-vésical de la lame vasculaire postérieure du pédicule utéro-vaginal (qui comprend l'utérine et ses branches principales destinées à être liées), de telle sorte que l'uretère est, de ce fait, repoussé en avant avec son lacis artério-veineux et se met ainsi à l'abri.

2° Par la même incision vaginale, le doigt pourra dissocier encore le pédicule utéro-vaginal lui-même en ses deux parties constituantes, une inférieure vaginale, une supérieure utérine (où se trouve plus spécialement l'utérine et ses branches principales destinées à être liés), de telle sorte que le fil constricteur placé sur le paquet utérin seul, assurera l'hémostase de l'artère utérine.

3° L'uretère laisse une petite place libre, n'excédant pas environ 2 centimètres de large, sur les côtés de l'utérus où des fils et des pinces pourront être placés. Dans la manœuvre de l'abaissement de

l'utérus, les uretères seront plus vulnérables pendant l'ouverture du cul-de-sac antérieur et de la partie antérieure des culs-de-sac latéraux du vagin. Ce dernier point particulier qui a surtout de l'importance dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, en a moins pour la ligature de l'utérine où il n'est pas absolument nécessaire d'abaisser fortement l'utérus.

II. — LA DISTRIBUTION COLLATÉRALE DE L'UTÉRINE. DÉDUCTIONS PRATIQUES.

La subdivision bi-lamellaire de la gaine hypogastrique nous est connue; la situation et les rapports de l'uretère avec le col utérin, le cul-de-sac vaginal latéral, l'utérine, sont précisés, comment cette artère rayonne-t-elle pour se distribuer à l'utérus?

L'utérine, à une distance respectable de l'utérus, au milieu de sa courbe, émet : 1° une ou deux *branches cervico-vaginales longues*, de gros calibre. Hyrtl les a vues naître parfois presque sur la paroi pelvienne; 2° des *branches vésicales longues*, qui naissent très près de l'origine de l'utérine, en tout cas d'une des branches longues précédentes, d'où le nom de vésico-vaginales que Ricard avait donné à ces précédentes; 3° des *branches uretérales*, fournies par l'utérine ou une de ses branches au moment du croisement uretéral; 4° des *branches utérines proprement dites*, qui se détachent de la portion juxta-utérine de l'artère très flexueuse en cet endroit et qui sont : les unes antérieures, les autres postérieures au corps de l'utérus.

Les conséquences pratiques d'une telle distribution collatérale pour l'hémostase atrophiante de l'utérine doivent faire prendre en considération le triple précepte suivant :

1° La ligature du tronc des utérines sera pratiquée le plus loin qu'il sera possible de l'utérus, avant l'émission de ses grosses branches, et il faut savoir qu'on est exposé à lier, par erreur, une des branches à la place du tronc lui-même, tant elles sont volumineuses parfois.

2° Mieux encore, on pourra avoir recours à la ligature du tronc et des branches d'émission à la fois, c'est-à-dire à l'étreinte en masse de la gaine hypogastrique, ce qui est plus aisé, d'ailleurs, que la ligature isolée des artères.

3^e Enfin, le *summum* d'hémostase sera obtenu en la complétant par l'incision circulaire du vagin qui supprime, en les sectionnant, les voies anastomotiques de suppléance possibles à la longue, entre les artères vaginales et les branches collatérales de l'utérine (cervico-vaginales longues, vésicales, etc.). Cette incision circulaire recommandée par Hartmann et Fredet les premiers « prévient le retour possible du sang dans le territoire de l'utérine par cette voie importante ».

III. — LA DISTRIBUTION TERMINALE DE L'UTÉRINE; ANASTOMOSES. DÉDUCTIONS PRATIQUES.

Quelles sont maintenant les ramifications terminales de l'utérine dans l'utérus? Nous allons les passer en revue, car leur description suggère quelques conseils pratiques pour les moyens à employer afin de réussir à anémier pleinement l'utérus : l'on sait, en effet, qu'il y a dans cet organe des anastomoses artérielles extrêmement nombreuses et dans tous les sens, qu'il faut connaître à ce point de vue.

Parvenue au niveau de la corne de l'utérus, l'artère utérine se recourbe brusquement et se termine par deux branches : la *branche utérine longue*, qui s'épanouit en un bouquet sur la corne et le fond de l'utérus, et une *branche annexielle* qui, sous le ligament ovarien, se divise elle-même en une branche terminale postérieure *ovarienne et anastomotique*, qui va s'anastomoser avec la tubo-ovarienne et une branche terminale antérieure, *tubaire*, moins volumineuse que la précédente (fig. 7 et fig. 8).

Les terminaisons ultimes et les anastomoses bien vues déjà par de Graaf⁹⁴ (1672), Swammerdam⁹⁵ (1729), Haller, ont été l'objet d'une étude très approfondie par Hyrtl⁹⁶ (1873). Mais récemment, on a appliqué les injections opaques et la radiographie à l'étude des organes profonds. Diakonoff⁹⁷ (1897) donne une formule (mélange de plâtre, minium, cinabre, farine et eau) pour remplacer le mercure dans les injections pour la préparation des pièces anatomiques avec application radiographique consécutive (c'est ainsi qu'il a radiographié les vaisseaux de la main et ceux du rein). La même année, Destot⁹⁸, de Lyon (1897), publie les radiographies anatomiques de la circulation utérine et cet auteur

comme ceux du petit bassin et sans déplacements plus ou moins artificiels des tissus composants.

Les huit ou dix branches transversales courtes données par la portion ascendante de l'utérine se bifurquent pour donner chacune

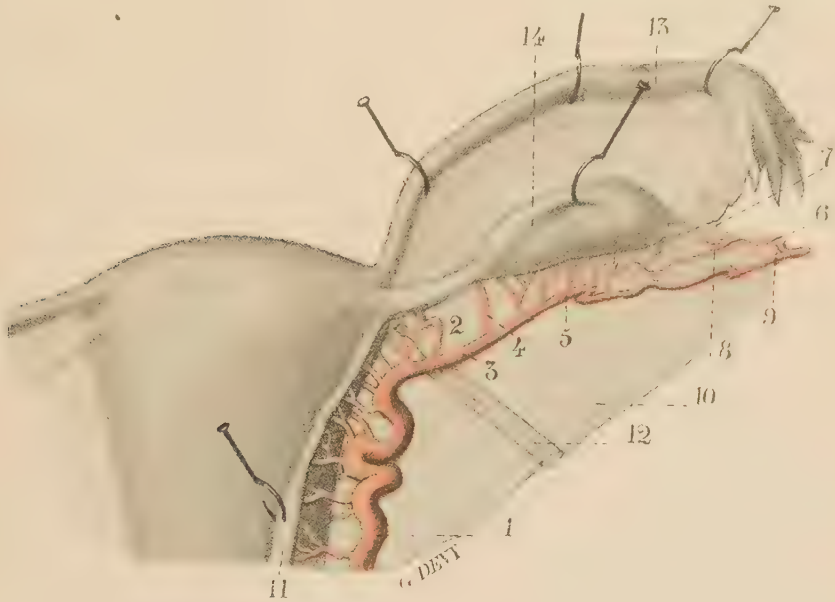


FIG. 8. — **Terminaison de l'utérine** (vue postérieure, côté droit).

- | | |
|---|---|
| 1. Artère utérine. | 8. Sa branche ovarienne. |
| 2. Sa branche terminale interne. | 9. Branche anastomotique. |
| 3. Sa branche terminale externe ou anastomotique. | 10. Feuillet antérieur du ligament large. |
| 4. Artère tubaire. | 11. Feuillet postérieur du ligament large excisé. |
| 5. Artère ovarienne. | 12. Ligament rond. |
| 6. Artère tubo-ovarienne. | 13. Trompe. |
| 7. Sa branche tubaire. | 14. Ovaire. |

un rameau antérieur et un rameau postérieur qui pénètrent dans le corps de l'utérus. Dans la paroi utérine, ces divisions artérielles se disposent en trois couches : sous-péritonéale, sous-muqueuse, parenchymateuse ou musculaire ; cette disposition est très nette sur l'utérus gravide.

Ces ramifications artérielles sont sinueuses, spiraloïdes, hélicines et forment des anastomoses extrêmement nombreuses que Hyrtl divise en transversales, verticales, antéro-postérieures. Toutes les ramifications des utérines communiquent entre elles : les

anastomoses transversales font communiquer les ramifications ultimes dernières de l'utérine droite avec celles de gauche; — les anastomoses antéro-postérieures, sagittales, rendent solidaires les anastomoses verticales et unissent ainsi les réseaux sous-péritonéal, parenchymateux, sous-muqueux.

Keiffer⁹⁹ (1898), en employant les injections artérielles de gélatine carminée dans ses dernières recherches sur la circulation de l'utérus, vient de soutenir une opinion contraire à la Société obstétricale de France (session d'avril 1898). Il a remarqué que lorsqu'il injectait à chaud les deux utérines, l'injection colorait admirablement tout l'utérus à l'exception de la muqueuse utérine et tubaire. Ce n'est qu'en injectant les tubo-ovariennes qu'il parvenait à atteindre le réseau de la muqueuse tubaire et utérine. Donc, d'après lui, l'utérine est l'artère du muscle utérin, la tubo-ovarienne l'artère de la muqueuse utérine, et il en tire la conclusion suivante : « Cette sorte de spécificité muqueuse de cette artère tubo-ovarienne nous explique très simplement pourquoi les femmes n'ont plus leurs règles après l'ovaro-salpingectomie double : l'acte opératoire a lié les vaisseaux tubo-ovariens. » Les faits avancés par Keiffer, surtout ses déductions, ont soulevé des protestations. En effet, on n'a pas manqué de faire observer qu'il y a des exemples fréquents de femmes ayant conservé leurs règles après castration bilatérale, et Bar a fait justement remarquer qu'on ne s'expliquait pas comment la menstruation attendait l'âge de la puberté pour apparaître, comment il y avait une ménopause, comment il y avait des endométrites hémorrhagiques post-ménopausiques, si la menstruation est, comme le dit Keiffer, fonction de l'artère tubo-ovarienne.

Fredet se montre très réservé vis-à-vis des déclarations de Keiffer et il se demande même avec anxiété si les expériences de cet auteur ont été faites chez la femme; cependant Keiffer intitule sa communication : *Anatomie et physiologie de l'utérus humain*.

Les conséquences pratiques d'une telle distribution terminale pour l'hémostase atrophiante de l'utérine sont les suivantes :

1° La ligature d'une utérine ne supprime pas l'apport du sang dans le côté correspondant de l'utérus, à cause de la communication des anastomoses transversales; cependant n'oublions pas que l'hémisection de l'utérus (dans l'hystérectomie vaginale, par exemple) est très peu hémorrhagipare; il est même rare qu'une très

fine injection poussée par une utérine, passe dans le territoire de l'utérine opposée ;

2° La ligature bilatérale des utérines peut ne pas empêcher complètement l'irrigation artérielle de l'utérus (à cause des anastomoses verticales, surtout développées aux bords de l'utérus et dont les supérieures communiquent avec les artères tubo-ovariennes et les inférieures avec les artères vaginales) ;

3° La ligature bilatérale des utérines, mais alors en masse, avec la gaine hypogastrique, est la seule qui, logiquement, puisse assurer la mise à sec des territoires des utérines (parce qu'elle aura grand'chance de lier les branches collatérales et terminales si considérables parfois et leurs anastomoses si nombreuses et si riches.

IV. — DISTRIBUTION VEINEUSE SATELLITE DE LA CIRCULATION UTÉRINE EN DEHORS DE L'UTÉRUS. DÉDUCTIONS PRATIQUES.

A côté de l'utérine et de ses principales branches, se trouvent des veines extrêmement nombreuses, très adhérentes aux artères, énormes, formant des plexus inextricables. Elles forment de chaque côté de l'utérus un groupe veineux entourant la portion ascendante de l'artère utérine en avant, en arrière, en dehors.

Ce plexus latéro-utérin débouche en haut dans les veines tubo-ovariennes, en bas dans la veine utérine qui est constituée au niveau de l'orifice interne du col où elle reçoit un groupe de veines vaginales antérieures. Les veines utérines proprement dites ne représentent donc que l'une des voies de retour du sang utérin. Vis-à-vis de l'uretère, leurs rapports sont les mêmes que pour les artères utérines. L'uretère, au niveau du pédicule vasculaire, est plongé dans les mailles d'un réseau veineux extrêmement riche et il est même fixé partiellement par ces vaisseaux.

La conséquence pratique d'une telle disposition de rapports de l'artère utérine et de ses branches principales avec les plexus veineux qui s'enchevêtrent énormes et compliqués autour d'elles, est qu'il n'y a guère à espérer la ligature isolée du tronc de l'artère utérine et encore moins de ses branches.

V. — DISTRIBUTION DU TISSU CONJONCTIF ET DU SYSTÈME NERVEUX
PÉRI-VASCULAIRE. DÉDUCTIONS PRATIQUES.

Pour terminer ces données anatomiques, nous dirons quelques mots du tissu conjonctif péri-vasculaire, des lymphatiques et des nerfs, qui présentent quelque intérêt dans la méthode atrophiante. Car l'action trophique d'un organe ne ressortit pas aux seules artères, et celle des nerfs en particulier n'est point à négliger.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les nerfs de l'utérus sont entourés comme ceux des autres viscères pelviens, de gaines celluleuses qui, en pénétrant dans l'épaisseur de l'organe, contribuent à former la charpente du viscère après avoir préalablement formé des ligaments avant de l'atteindre ; c'est ainsi que la gaine hypogastrique est la plus considérable de ces formations conjonctives ; elle ne finit, en somme, que dans la trame de l'utérus, ou plutôt elle est la trame elle-même où s'enchevêtrent, où se tissent les fibres musculaires et les vaisseaux de cet organe. Von Rosthorn¹⁰⁰ a bien décrit cette anatomie du tissu cellulaire pelvien chez la femme.

D'après les dernières recherches de Keiffer¹⁰¹ (1898), le tissu conjonctif péri-vasculaire finit par disparaître dans l'utérus, de telle sorte que les ramifications dernières des artères contractent avec les fibres musculaires lisses une union si intime qu'elles font corps avec lui « c'est en quelque sorte l'utérus lui-même qui donne aux canaux artériels une tunique vasculaire propre ».

D'après Keiffer, les fines ramifications artérielles ne se continuent pas, comme dans les autres systèmes anatomiques, par un fin réseau de capillaires égaux en forme et en calibre, mais par un système de fentes très variables, n'ayant pas de structure propre, « mais s'adaptant à toutes les directions, formes, mouvements et complexités structurales des faisceaux de fibres lisses. » Ce mode de structure aurait pour conséquence physiologique de « créer entre le muscle utérin et le système nerveux vaso-moteur une connexion tellement intime, qu'il n'est aucune réaction vasomotrice qui ne se produise immédiatement par des actes musculaires de l'utérus ».

Dans une étude plus nouvelle sur « la physiologie nerveuse de l'utérus », Keiffer soutient l'autonomie physiologique de l'utérus. Au moyen de la méthode de Golgi, il aurait trouvé dans l'utérus un système nerveux très complet, et constitué par des plexus répartis uniformément sur tout le parcours des vaisseaux ; il existerait un véritable système ganglionnaire dans la trame de l'utérus exerçant une action prédominante sur le système vasculaire utérin, de telle sorte que l'utérus aurait une véritable indépendance au point de vue innervation, par conséquent une réelle puissance *auto-motrice*. Keiffer assure même que l'utérus fonctionne comme le cœur d'une façon autonome, et, pris d'enthousiasme pour la matrice, il va jusqu'à déclarer que « c'est le plus beau des organes, car il agit plus facilement que le cerveau ! » Sans aller jusqu'à cette prosternation élective, qui manifeste un véritable culte, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue des ligatures, il y a lieu de considérer cette action trophique des nerfs qu'il faudra supprimer comme celle des artères.

La conséquence pratique d'une telle distribution péri-vasculaire du système nerveux satellite pour la méthode atrophiante, c'est qu'en pratiquant la ligature des utérines on sectionne les nombreux nerfs qui vont à l'utérus avec les vaisseaux, ce qui doit ajouter un effet atrophique réel sur le muscle utérin et les fibromes qui y sont inclus, car il est démontré aussi, à l'heure actuelle, que ces néoplasmes reçoivent des ramifications nerveuses.

Des déductions pratiques que nous avons mises en évidence après chacune des données anatomiques principales, il résulte ceci :

Qu'au point de vue de l'uretère, cet organe pourra être épargné facilement, pourvu qu'on y apporte quelque circonspection.

Qu'il n'y a pas à compter sur l'isolement du tronc de l'utérine et de ses branches, inséparables qu'ils sont des veines qui les englobent.

Que, par suite de la division normalement prématurée de l'utérine en branches longues et de calibre volumineux, de la richesse extrême de leurs anastomoses para-utérines avec les branches viscérales voisines, intra-utérines avec les artères du même territoire et du territoire opposé, il existe une véritable solidarité anastomotique dans tout le domaine de l'utérine assurant une sup-

pléance probable, et qu'on devra porter par conséquent la ligature sur la branche maternelle de l'utérine et mieux sur l'ensemble de ses ramifications.

Que, par l'existence d'un système nervo-vaso-moteur satellite du système circulatoire, ajoutant son action trophique à celle des artères, il y a lieu de la supprimer par section des nerfs.

La ligature atrophiante de l'utérine ne sera donc une opération rapide, sûre, facile et complète qu'en tenant compte de ces considérations, c'est-à-dire en liant *en masse* artères, veines, lymphatiques, nerfs englués dans le tissu conjonctif du pédicule utéro-vaginal de la gaine hypogastrique au lieu de faire la ligature isolée de l'artère, opération longue, périlleuse, difficile, incomplète surtout. C'est là le grand perfectionnement que Martin et Gottschalk ont apporté à cette technique et qu'ont parachevé Hartmann et Fredet en préconisant la section circulaire du vagin qui tranchent les ramifications artérielles vaginales reliant la circulation du vagin à celle de l'utérus.

B. *Technique opératoire.*

Nous n'allons pas décrire un nombre inconsidéré de procédés, car ce n'est pas un détail de plus ou moins grande importance qui peut constituer une individualité à chaque pratique opératoire. En réalité, il n'y a qu'un seul procédé : celui de Franklin Martin (1892). Sigmund Gottschalk (de Berlin) créa la même technique à peu de chose près, mais la priorité reste à Martin qui publia un peu avant la description très complète de sa manière. Otto Küstner (1893), Paul Kuhn Faber (1895), Rochard et Schwartz (1895), Goullioud (1895-1900), Augustin H. Goëlet (1897), Hartmann et Fredet (1898), Delagènière (1898), Mangin (1898), G. Gaffarel (1899) n'ont apporté, en somme, que quelques variantes que nous citerons au fur et à mesure de la description. Rechner, qui a publié une thèse sur cette ligature (1897), s'est montré, pour sa part, d'un laconisme aussi peu compromettant que peu contributionnel.

1. — OBLITÉRATION EN MASSE DU PÉDICULE VASCULO-UTÉRIN
PAR LIGATURE.

Le procédé de F. Martin qui se proposait de « lier la base des ligaments larges » est, sans aller chercher des complications qui ne sont qu'affaire de mots, la ligature en masse par la voie vaginale de la portion utérine de la gaine hypogastrique près de l'utérus.

La malade a été préparée aussi minutieusement que pour une hystérectomie vaginale. On fait ordinairement l'anesthésie générale. Fr. Martin emploie l'éthérisation. Mangin (1898) dit que cette opération ne nécessite pas la narcose et pratique l'anesthésie avec la cocaïne ou l'eucaine B.

La malade est ensuite placée dans la position dorso-sacrée. La position latérale de Sims pourrait être utile, car elle étalerait peut-être davantage le cul-de-sac latéral supérieur. Mais c'est là complication inutile, car on serait obligé de réaliser ce décubitus latéral tour à tour pour chaque côté, ce qui occasionnerait un déplacement ennuyeux au cours de l'intervention.

Martin, conseille de faire une dilatation, un curettage préalable et un tamponnement de la cavité utérine avec une lanière de gaze. Cette précaution de propreté est à observer non pas seulement pour que le champ opératoire ne soit pas souillé « par les sécrétions utérines » qui ne doivent plus exister immédiatement après un curettage bien fait, mais afin que l'écoulement plus ou moins sanieux pendant les jours qui suivent l'opération ne vienne infecter secondairement les plaies vaginales suturées. Vineberg fait remarquer que ce curettage préalable n'est pas toujours possible à cause de l'étroitesse et de la sinuosité du canal utérin déterminé par la présence du ou des fibromes.

Il est nécessaire de bien placer ses écarteurs pour avoir du jour et pour manœuvrer nettement : on placera sur les parois antérieure et postérieure du vagin une valve large et courte, puis un écarteur plat un peu étroit, unicoudé de Péan par exemple, sur une des parois latérales et le cul-de-sac seulement où l'on opère pour le moment.

Puis, on saisit le col. Fr. Martin et quelques chirurgiens améri-

cains, à cet effet, le traversent avec une forte soie ce qui permet de mobiliser l'utérus. Il sera préférable de faire la préhension du col avec des pinces tire-balle ou des pinces de Museux, qui pourront même saisir à la fois ses deux lèvres et oblitérer son orifice durant l'opération et que l'on pourra déplacer si besoin est, sans compter qu'elles font un traumatisme moins considérable que cette espèce d'infibulation.

On abaisse l'utérus, en se rappelant qu'alors ses rapports deviennent plus intimes avec l'uretère ainsi que l'a montré Ricard, et on l'attire d'un côté afin d'exposer le cul-de-sac latéral et la base correspondante du ligament large du côté opposé ; on saisit avec une pince la paroi du cul-de-sac à son insertion sur le col et on fait une incision courbe de 1 centimètre et demi à 2 centimètres perpendiculaire à la base du ligament large avec les ciseaux courbes. C'est ainsi que fait Martin, mais il vaut mieux, comme le conseillent Hartmann et Fredet (1898) et après eux Delagénère, Goullioud, etc., faire l'incision circulaire au bistouri avec deux débridements latéraux dans les culs-de-sac, comme fait notre maître Segond dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

On s'engage dans le cul-de-sac antérieur et on décolle la vessie de la partie latérale de l'utérus et de la gaine qui le borde. Ce décollement sera fait avec le doigt, c'est le plus sûr moyen, avec l'index ou l'ongle du pouce qui dissèque fort bien. On en fait autant dans le cul-de-sac vaginal postérieur. La gaine vasculaire sera ainsi très bien isolée en avant et en arrière, aussi haut, aussi largement que possible. Les deux incisions libératrices latérales permettent d'écarter par déchirure, par dissociation digitale la lèvre vaginale de la lèvre cervicale de la plaie avec le segment de la gaine vasculaire commune qui leur correspond à chacune, de telle sorte que le pédicule vasculo-utérin proprement dit sera bien séparé de ce fait du pédicule vasculo-uretéro-vésical, et que du même coup, l'uretère rejeté latéralement sera ainsi mis hors de danger.

L'isolement du pédicule utérin sera poussé assez loin sans cependant ouvrir le péritoine. On peut ainsi parvenir à 5 centimètres de hauteur. Martin prétend même dédoubler le ligament large et parvenir à l'artère tubo-ovarienne, près de la corne utérine sans effondrer le péritoine. Il n'est nul besoin d'imiter cette

manœuvre bien délicate si tant est qu'elle soit possible et utile, car, en somme, au niveau de la corne de l'utérus ce ne serait pas la tubo-ovarienne qui serait liée ainsi par surcroît, mais encore l'utérine, cette fois à sa terminaison. Il est vrai de dire que c'est dans sa portion ascendante que l'utérine donne ses branches transversales nombreuses au corps utérin et que si on ne lie pas l'utéro-ovarienne qui parfois est assez considérable, par anastomose et par voie de retour sanguin, la circulation restera à peu près ce qu'elle était auparavant, puisque dans ces cas les branches antérieures et postérieures transversales de l'utérine sont devenues les branches terminales de la tubo-ovarienne.

Quoi qu'il en soit, avec les deux index qui ont décollé la gaine vasculaire, l'une en avant et l'autre en arrière, on sent très nettement les battements de l'utérine ou de ses branches. S'ils ne sont pas perçus, il n'y a qu'à cesser la traction de l'utérus comme le conseille Fredet : ils deviennent alors évidents.

Il ne faut pas songer à lier avec un seul fil le pédicule utéro-hypogastrique tout entier, il ne serrerait pas suffisamment une masse aussi volumineuse.

Aussi, Martin et Gottschalk recommandent-ils avec raison la ligature par petits paquets, absolument comme on fait pour la ligature et la résection de l'épiploon dans certaines laparotomies ou kélotomies.

Pour placer les fils, on laisse le doigt gauche face palmaire en avant derrière la lame vasculaire décollée, son extrémité légèrement incurvée accroche la gaine dans sa partie supérieure que l'on abaisse ainsi, ce qui facilite le passage du fil, en toute sécurité d'ailleurs, puisque le doigt guide et empêche toute échappée en arrière. Un écarteur étroit éloignera pendant ce temps la lame antérieure du ligament large en avant, ce qui donnera du jour. On fait ainsi la ligature sur le doigt et sous l'œil très facilement.

Pour placer les fils on se servira d'une aiguille quelconque, pourvu qu'elle soit mousse et coudée, peu importe : l'aiguille de Cooper, ou l'aiguille à angle obtus et à extrémité mousse de Goëlet, ou encore l'aiguille de Deschamps.

On pose ainsi une série de fils, deux ou trois, selon la hauteur de la gaine vasculaire à étreindre qui, passés d'avant en arrière, sont ramenés en avant de façon à constituer des anses dont la

concavité embrasse une partie du ligament et dont les deux chefs sont serrés et fortement noués en avant du pédicule. Il va de soi que l'on ne doit pas faire de ligature en chaîne.

Le premier fil posé sur la partie supérieure de la gaine peut permettre d'abaisser la gaine vasculaire, mais c'est parfaitement inutile si l'opérateur conserve, comme il en a l'avantage, l'index guide derrière la gaine qu'il ramène un peu en avant et qu'il abaisse.

Martin fait cette ligature à un pouce du bord de l'utérus, mais par mesure de précaution, il a soin d'en placer une autre au ras même de cet organe pour supprimer toute connexion vasculaire et nerveuse (on sait que Martin tient essentiellement à détruire les nerfs qui accompagnent les vaisseaux) entre l'utérus et le ligament large.

Delagénière recommande également une double ligature parallèle du pédicule vasculaire : la première sur le bord même de l'utérus, la deuxième à un centimètre en dehors ; l'artère et ses branches seront ainsi liées deux fois de chaque côté du col. A notre avis, dans ce cas-là, l'écart entre les deux ligatures est insuffisant, d'autant que ce chirurgien ne semble pas faire de ligatures étagées par paquets.

On procède ensuite à la ligature de l'utérine opposée de la même manière.

Martin emploie le catgut ou le tendon de kangaroo pour ces ligatures qui doivent être abandonnées au sein du ligament large ; mais bien que d'infection plus facile, la soie est certainement meilleure, car elle permet de serrer plus vigoureusement et d'une façon plus stable que les substances précédentes à cause de sa non-résorption.

Otto Küstner, Paul Kuhn Faber ne sont pas pour la ligature en masse, comme Martin et Gottschalk, de même Dorsett (d'après Fredet). Ils préfèrent la recherche et la ligature isolée de l'utérine et de ses branches.

Dernièrement, le professeur Gubaroff¹⁰² (1899) dans une critique publiée sur certains procédés d'ablation des myomes utérins, s'élève d'une façon générale contre les ligatures en masse et les ligatures des veines dans les opérations pelviennes qui sont cause d'embolies relativement fréquentes. Pour lui, le tissu cellulaire joue un rôle prépondérant ; en le prenant pour guide, l'opérateur

simplifiera sérieusement l'acte chirurgical et parviendra à lier isolément chaque vaisseau.

Il ne reste plus, une fois les ligatures placées, qu'à suturer les plaies des culs-de-sac latéraux du vagin qui ont donné accès dans la base des ligaments larges. Quelques points séparés ou même un surjet, plus rapide, suffisent.

On assèche soigneusement le vagin, on fait un tamponnement lâche à la gaze stérilisée. Au bout de deux jours on enlève la mèche intra-utérine et on retamponne le vagin à la gaze, pour quatre ou cinq jours encore. Martin, au bout de trois jours, remplace le tamponnement par des injections quotidiennes au sublimé à 1 p. 2000. La malade peut se lever au bout de huit à dix jours. Il est un peu prématuré ce lever, sans doute. Il y a eu curettage; or, après cette opération, on maintient d'ordinaire les malades au lit pendant quinze à dix-huit jours au moins. Ici il y a en plus du curettage deux plaies vaginales. Nous croyons qu'il est préférable de faire bénéficier la malade d'un repos plus prolongé. D'après Gottschalk, la plupart des femmes ressentent pendant trois à quatre jours des douleurs pelviennes peu intenses, qui cessent ensuite.

II. — OBLITÉRATION EN MASSE DU PÉDICULE VASCULO-UTÉRIN PAR ANGIOTRIPSIE.

A un moment où l'angiotripsie paraissait devoir tenir de grandes promesses, grâce à l'ardeur néophytique mais éphémère de certains de ses promoteurs, il était tout naturel qu'on en fit des applications multiples, et les vaisseaux utérins n'y échappèrent point, même lorsqu'il ne s'est agi que de les oblitérer dans un but atrophiant. Tuffier a fait cet écrasement du pédicule utérin au moyen de sa pince. Mangin (1898) l'a conseillé aussi à côté de la ligature pure et simple, et avec l'angiotribe de Tuffier : il est évident que si l'on en arrive à cette façon de procéder, on pourra aussi bien se servir de la pince première de Doyen ou de celle à levier de Faure.

Villar¹⁰³, de Bordeaux (1899), cite un cas de fibrome qu'il enleva par hystérectomie abdominale totale et où il angiotripsa

une utérine tellement volumineuse qu'il n'avait jamais vu la pareille.

Nous avons vu et lié avec notre maître Segond, qui exécutait une hystérectomie abdominale totale également pour fibrome, deux utérines ayant le volume énorme de 1 centimètre de diamètre de lumière : leurs parois étaient fort épaisses, rigides, comme athéromateuses. Il nous semble que l'écrasement seul de ces vaisseaux n'eût pas été sans risques hémorrhagiques très sérieux.

Lyot et Rebreyend¹⁰⁴ ont publié, en 1899, dans la *Revue de Gynécologie* de notre maître Pozzi, un article sur l'application de l'angiatripsie dans l'hystérectomie vaginale; malgré les résultats qu'ils décrivent, il nous paraît que l'usage de l'écrasement des vaisseaux utérins ne peut être conseillé.

Ces angiotribes divers, qui ont une apparence imposante et inquisitoriale, sont des instruments trop considérables, surtout dans le cas particulier : ils bouchent presque entièrement le vagin et ne permettent qu'un maniement mal assuré.

Thumin¹⁰⁵, de Berlin (1899), a construit une petite pince à levier pour écrasement qui développe une pression trente fois plus forte que celle de la main de l'opérateur, et qui pourrait être plus aisée à appliquer que les instruments précédents : une pression de deux minutes suffit pour obtenir un moignon ligamentaire mince comme une feuille de papier.

Skene, de Brooklyn, a inventé une pince électro-hémostatique dont Jacobs, de Bruxelles (1899), a essayé et recommandé l'emploi. La pince appliquée, on fait passer le courant et on peut ensuite sectionner la partie desséchée sans danger. Une minute ou deux suffisent pour les utérines ou les utéro-ovariennes.

Mais toute cette instrumentation n'a pas toujours donné des preuves convaincantes; de plus, comme le fait justement remarquer Fredet, il y a bien des chances, malgré la production secondaire possible d'adhérences, que la base du ligament large sorte très relâchée de cet écrasement et que l'utérus perde par la suite un de ses moyens de sustentation les plus efficaces (*ligamentum cardinale* des auteurs allemands).

III. — OBLITÉRATION EN MASSE DU PÉDICULE VASCULO-UTÉRIN PAR L'APPLICATION TEMPORAIRE DE PINCES HÉMOSTATIQUES.

Mais une façon de faire se présentait naturellement à l'esprit : c'était de laisser tout simplement sur le pédicule vasculo-utérin des pinces à demeure pendant 2 à 3 jours comme dans l'hystérectomie vaginale.

Schwartz et Rochard¹⁰⁶ (1895) avaient procédé ainsi dans deux cas de fibromes, comme nous l'avons dit à l'historique, mais d'une façon toute fortuite et astreints par la nécessité d'une opération plus complète impossible.

Goullioud, de Lyon, se sert des pinces depuis quelques années (1895) : il place sur la gaine vasculaire une pince languette droite, à mors longs de 5 à 6 centimètres, de manière à dépasser sûrement le niveau de l'artère utérine. Il laisse les pinces pendant 24 à 48 heures.

Mangin, de Marseille, serait enclin à conseiller de préférence la pince à la ligature.

Rechner, dans sa thèse, cite le pincement dans le titre de son travail.

Fredet n'est pas partisan des pinces à demeure « car on pince mal une lame épaisse, haute et large par le bas et on ne les maintient en place qu'assez peu de temps ». Ceci n'est pas entièrement juste. L'immense nombre des hystérectomies vaginales faites avec pinces prouve que celles-ci tiennent fort bien, malgré l'épaisseur, la largeur, la hauteur du ligament large, et il s'agit pourtant ici d'hémostase qui, non parfaite, serait fort dangereuse, tandis que dans le pincement atrophiant des utérines on n'en serait quitte que pour un insuccès sans gravité. Mais il est très possible que les pinces ne sont pas laissées en place assez de temps, quoiqu'il nous paraisse bien inadmissible, *a priori*, que le ligament large, comprimé pendant 48 heures et véritablement angiotripsé, même par les simples pinces à hystérectomie, n'interrompe pas d'une façon permanente la circulation dans les parties serrées : il suffit d'avoir vu des ligaments larges ainsi pincés pendant deux jours pour en être assuré, et d'avoir constaté l'élimination des eschares noirâtres

consécutives à l'hystérectomie vaginale, les lambeaux sphacelés appartenant aussi bien d'ailleurs à la ligne large de 1 centimètre environ de compression par les pinces, qu'aux tissus sectionnés en dedans d'elles.

En somme, la forcipressure temporaire, pourvu qu'elle soit suffisamment prolongée (et 48 heures peuvent suffire), est fort logique et paraît ce qu'il y a de plus simple et de moins dangereux, bien que Gaffarel prétende dans sa thèse (1899) que la ligature est un procédé « moins aveugle et partant moins chirurgical ».

Avec une pince qui prend peu de place, on saisira tout ce que l'on voudra, et rapidement, de la gaine vasculaire, on n'aura pas besoin de recourir à son décollement aussi vaste qu'il est nécessaire de le faire pour les ligatures, bien plus longues à poser du reste, on ne laissera pas de fils à demeure dans l'épaisseur des tissus, ce qui sera une source d'infection de moins. Les pinces ne seront pas douloureuses puisque deux suffiront, une de chaque côté, et que l'on pourra les isoler facilement par des mèches des parois vaginales qu'elles ne blesseront pas. Il n'y aura nul besoin de suturer les plaies vaginales des culs-de-sac qui se fermeront toutes seules après ablation des pinces. Et de plus, puisqu'on admet l'importance atrophique des nerfs détruits (Martin), l'utilité de la gêne de la circulation veineuse (Fredet), des lymphatiques noyés dans le tissu cellulaire, le maximum de résultat sera donné, dans ce sens, par l'application des pinces. Fredet a d'ailleurs fait remarquer, dans une communication à la Société anatomique (1898), que les ligatures aseptiques n'oblitéraient l'artère utérine qu'aux points uniquement étreints, il a même cité un cas où la ligature compressant une certaine épaisseur de la lame vasculaire, le fil serrait très peu l'artère : il est évident que la forcipressure aura plus de chances d'être efficace. Il n'y a contre les pinces que ce fait qu'elles peuvent affaiblir, à un degré moindre cependant que la trop large angiotripsie, le pouvoir de soutien de la gaine hypogastrique. Nous serions donc enclin à appliquer et à préconiser les pinces de préférence aux ligatures dans les cas rares où l'on sera réduit à la méthode atrophiante pour fibromes. Cette technique est ainsi rendue à coup sûr inoffensive et d'exécution tout à fait élémentaire. La malade n'encourt que les risques du chloroforme et encore peut-on très bien se contenter de l'anesthésie locale.

IV. — OBLITÉRATION EN MASSE DU PÉDICULE VASCULO-UTÉRIN PAR LIGATURE
MAIS AVEC SECTION CONSÉCUTIVE DU PÉDICULE.

La ligature du pédicule vasculo-utérin n'est pas d'une exécution bien difficile pour ceux qui ont quelque coutume de la voie vaginale, et mettant, bien entendu, à part certains cas de fibromes enclavés dans le bassin, repoussant et effaçant presque complètement les culs-de-sac vaginaux ainsi que le col absorbé par le néoplasme. Chandelux¹⁰⁷ (1899), dans une communication assez récente à la Société de chirurgie de Lyon, va même jusqu'à faire de l'effacement du col dans les fibromes à développement intra-ligamentaire ou rétro-péritonéal, un signe en faveur de la non-opération absolue de ces tumeurs. Ce qui peut être hasardeux, c'est le résultat obtenu au point de vue de l'oblitération réalisant une hémostase véritable, définitive. Nous avons déjà fait allusion à ce cas de Hartmann et Fredet, où une malade opérée par eux et autopsiée 7 mois plus tard, montra que les vaisseaux étaient « perméables jusqu'au contact immédiat des fils ». C'est pour cela d'ailleurs que F. Martin lie le pédicule en plusieurs paquets, que Gottschalk va même jusqu'à faire 3 ou 4 étages de ligatures. Aussi, plusieurs chirurgiens, Augustin H. Goëlet¹⁰⁸, entre autres, ont-ils proposé et exécuté pour obtenir une ligature moins aléatoire, de la faire suivre de la section du pédicule étreint.

Rien de plus facile que de placer une pince sur le pédicule hypogastrique et de serrer de chaque côté de ses mors deux fils, puis de sectionner entre ces deux ligatures dans la gouttière de dépression que la pince vient de tracer sur la gaine vasculaire. On aura toujours la place suffisante entre l'uretère et le bord correspondant de l'utérus pour opérer de cette manière.

Prétendre comme quelques-uns, que ce procédé de Goëlet est irréalisable, c'est n'avoir en main que très peu cette modeste chirurgie vaginale. Plus encore que dans les précédentes techniques (forcipressure ou angiotripsie), la section ligamentaire est passible du reproche fait par Fredet du prolapsus utérin consécutif à l'opération, et l'expérience de l'hystérectomie vaginale par le procédé de Segond pourrait en être une preuve : notre maître pratique, on le sait, l'hémostase préventive des utérines par l'application de deux

pincées à mors courts et solides, puis il sectionne, avant d'aller plus loin, immédiatement au ras du bord interne de leurs mors : or, cette manœuvre entraîne aussitôt un abaissement considérable de la matrice qui favorise singulièrement les manœuvres suivantes.

Delagénière (1898) conseille également de sectionner aux ciseaux les tissus compris entre deux ligatures, afin de s'assurer de l'efficacité de ces dernières. Cependant, il s'en abstient s'il est à peu près certain d'avoir fait une ligature complète. Récemment même (1900) il recommandait de reconnaître les battements de l'artère, puis, dit-il, « pour être bien sûr de lier cette artère, nous la coupons d'un coup de ciseaux et plaçons un fil sur les deux bouts. »

Pour réaliser l'hémostase anémiante idéale de l'utérus, il y aurait à ajouter à la ligature des utérines par la voie vaginale, celle des cordons tubo-ovariens et celle des ligaments ronds par voie abdomino-transpéritonéale. Mais il s'agit ici d'une opération déjà plus grave, puisqu'elle nécessite l'ouverture du péritoine (malgré tout ce qu'on pourra dire de l'innocuité de la laparotomie avec précautions aseptiques usuelles), déjà plus compliquée, non par la difficulté de la technique, mais à cause des voies diverses suivies. Il est bien entendu que, dans ces circonstances, on commencerait par l'opération abdominale avant de pénétrer dans le vagin. Il est vrai que pour Hartmann et Fredet, dans le cas de fibromes la ligature des utérines suffit généralement.

III. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

Nous ne donnerons pas ici une énumération sèche des résultats que les divers auteurs, tant français qu'étrangers, ont publiés dans leurs statistiques. Ce que nous pouvons dire : c'est que presque tous ceux qui ont essayé la méthode atrophiante, séduits par l'idée directrice qui la fit naître et qui la faisait entrevoir *a priori* et théoriquement comme absolument logique, encouragés par les applications suivies de succès pour d'autres tumeurs et d'autres régions, redoutant, malgré leurs perfectionnements continus et l'amélioration grandissante de leurs résultats, les opérations plus radicales mais vraiment graves encore, comme les hystérectomies totales par voie abdominale ou vaginale, confiants en la sécurité

absolue que devaient comporter des interventions faciles mais pourtant indirectes, ce que nous pouvons dire : c'est que presque tous ces chirurgiens ont été unanimes à louer les bons effets de la méthode, et il nous faudrait citer parmi eux tous les noms que nous avons passés en revue dans l'historique de cette partie de notre travail. Mais, comme nous le dirons plus loin, ce n'a été là qu'une phase d'engouement, de repos en lieu sûr pour ainsi parler, au cours de l'évolution progressive de la grande chirurgie des fibromes.

Gottschalk avait émis l'hypothèse que les fibromes ne prennent naissance que dans les tissus suralimentés, d'où déduction nécessaire « d'affamer ces tumeurs » en supprimant leur apport sanguin.

Bossi ¹⁰⁹ (1894) a paru corroborer par des preuves expérimentales cette idée, en montrant la relation qui existait entre la régression des tissus dans l'organisme et l'acétonurie (régression des fibro-myomes après la castration ou la ligature des pédicules vasculaires), relation qu'Hartmann et Fredet ¹¹⁰ (1898), incertains dans leurs résultats, ont cherché à vérifier, relation également étudiée par notre ami Couvelaire ¹¹¹, dans un travail remarquable où il la nie formellement pour la régression utérine physiologique qui suit l'accouchement, et la met en doute d'une façon plus générale. De plus, F. Martin, Gottschalk et d'autres créaient des opérations à technique sûre et simple. Il n'en a pas fallu davantage pour donner à cette méthode atrophiante une vogue que sont venus démontrer des résultats peut-être grossis par le désir bien humain de les voir s'affirmer, mais certainement indéniables.

Les ligatures atrophiantes, d'après ces auteurs, amènent la disparition des hémorrhagies, la suppression des douleurs et des phénomènes de compressions viscérales, entraînent la régression des fibromes et même parfois leur disparition totale, et ces progrès de diminution de volume ont été suivis par certains pendant des mois et des années à l'hystérométrie. Ainsi, Goullioud (de Lyon), au dernier Congrès international de médecine de Paris (août 1900), cite 3 observations personnelles, où le cathétérisme de la cavité utérine avant la ligature des artères de l'utérus, étant de 11 centimètres et demi, 11 centimètres, 8 centimètres, est tombé après l'opération à 7 centimètres un quart, 6 centimètres et demi, 6 cen-

timètres un quart. Des résultats analogues sont mentionnés dans la thèse de Gaffarel (Lyon, 1899). Enfin, tous les promoteurs de la méthode déclarent que les opérations qu'elle nécessite sont absolument simples, tout à fait inoffensives, et font remarquer que la mortalité a été nulle jusqu'à présent. F. Martin dit même que : l'opération est *mineure* au point de vue de la léthalité. La narcose pour quelques-uns, comme Mangin (de Marseille), n'est pas nécessaire et l'anesthésie locale peut suffire, nous le croyons sans peine, pour la ligature par voie vaginale en tout cas.

Ce qu'il y a d'intéressant, quand on envisage l'application de la méthode atrophiante pour tumeurs fibreuses, c'est de voir, qu'en somme, elle est considérée soit par les uns, soit par les autres à deux points de vue assez différents. Ainsi, les uns décidés à une grande intervention radicale sont, à un moment, arrêtés par l'impossibilité opératoire : ils battent prudemment pour la malade et eux-mêmes en retraite, et font la ligature comme pis aller, escomptant sur des processus atrophiques possibles; quelques-uns encore, car il faut toujours s'attendre à trouver l'opinion mixte entre deux extrêmes, jugent à l'avance la grande victoire perdue s'ils entreprennent, chez des malades cachectiques ou exsangues, une chirurgie magistrale mais comportant, malgré tous ses perfectionnements récents, un aléa très sérieux, et se contentent, en somme, d'une opération palliative qui permettra aux malades de se relever de leur épuisement momentané et qui pourra, qui sait, devenir curative. Les autres mettent la question sur un autre terrain : ils emploient la méthode atrophiante comme mesure curative d'emblée. Aussi, pensent-ils devoir faire une sélection parmi les fibromes à traiter de cette façon, et ce choix porte sur les petites tumeurs : c'est au début, à la phase initiale de la fibromatose utérine qu'ils s'attaquent. Parmi ces derniers, Hartmann (1897) s'exprime à peu près en ces termes : « Nous voyons dans cette petite opération (ligature du pédicule hypogastrique par la voie vaginale), non pas seulement un moyen de lutter contre des tumeurs inopérables, mais un mode de traitement applicable à bon nombre de fibromes encore petits considérés jusqu'ici comme justiciables de l'hystérectomie vaginale. »

Voilà donc deux conceptions thérapeutiques en présence. Avant d'expliquer comment la dernière doit être, selon nous, considérée comme quelque peu sujette à caution, nous allons énumérer les

principales indications que les auteurs attribuent à la méthode atrophiante.

Le mieux est, pour les exposer, de suivre l'ordre que nous avons adopté pour la description des diverses ligatures, car à chacune d'elles correspond une variété de fibromes qui en sont justiciables.

1° Ligature des vaisseaux tubo-ovariens et du ligament rond.

Ce sera la ligature éminemment rare, la ligature au petit bonheur, pour la bonne raison que les vaisseaux tubo-ovariens comptent pour presque rien dans l'irrigation artérielle de l'utérus, nous l'avons suffisamment expliqué pour n'y plus revenir. Elle aura une certaine valeur dans les cas où les anastomoses avec l'utérine sont à très large lumière, où la tubo-ovarienne est véritablement plutôt utéro-ovarienne, comme dans les descriptions classiques de naguère, où, par exception encore, la tubo-ovarienne est prédominante même pour la nutrition de la corne et du fond de l'utérus. Il est certain alors que les fibromes qui sont développés à ce niveau de la matrice, et il en est des cas, pourront être influencés par le processus atrophique déterminé par la ligature de cette artère. Pour cette catégorie de tumeurs, la ligature de l'utérine n'aurait sur elles qu'un retentissement insignifiant.

Cette opération trouvait son indication autrefois, lorsque la castration était l'opération de choix pour les fibromes et quand les annexes ne pouvaient être enlevées; l'on y recourait d'autant plus que l'hystérectomie supra-vaginale ne donnait que des résultats très peu encourageants.

A l'heure actuelle, si elle doit être tentée, et combien l'occasion en sera offerte rarement! il faut le dire à l'honneur des techniques modernes, ce sera dans les cas de très gros fibromes, devenus inopérables absolument, à cause de l'incurie ou de la temporisation ignorante et pusillanime des malades, s'étant enclavés profondément, ayant contracté des adhérences partout, à l'intestin, à la vessie, à la paroi pelvienne. La laparotomie est alors presque purement exploratrice; on pourra en profiter cependant pour faire la ligature en question. Or, c'est précisément dans ces exemples de fibromes compliqués où elle est justifiée, qu'elle est le plus difficile; il est parfois impossible de retrouver le cordon tubo-ovarien au

milieu des néo-membranes, ou bien les artères sont étalées et dispersées sur la tumeur où elles sont difficiles à isoler, ou enfin les ovaires ont disparu eux aussi; du reste, la castration ou la ligature des artères tubo-ovariennes c'est à peu près tout comme. La castration a donné des résultats, peut-être parce qu'elle exige la ligature des vaisseaux de l'ovaire et du ligament large; la ligature a donné parfois des résultats, parce qu'elle entraîne peut-être l'atrophie de l'ovaire et la suppression de sa fonction trophique sur l'utérus. Tout cela est aussi hypothétique qu'aléatoire. Mayo Robson¹¹² (cité dans la thèse de Strada, 1888) prétend que dans un cas où l'hystérectomie fut impossible ainsi que la castration même unilatérale, il se contenta de la libération des adhérences qui fut suivie d'amélioration. Mais peut-être fut-ce là le résultat de la destruction des voies nutritives secondaires que forment les adhérences par les vaisseaux qu'elles contiennent?

Cette ligature n'est donc, dans la généralité des cas, qu'un pis aller. Bossi¹¹³ (1897) rapporte pourtant 2 cas de fibromes inopérables où il fit la ligature des vaisseaux tubo-ovariques : il obtint, dit-il, un résultat absolument satisfaisant; les tumeurs s'atrophifièrent dans un laps de temps assez court, dans l'espace d'un an environ. Elle pourra cependant être utile comme complémentaire d'une énucléation abdominale, d'une polypectomie abdominale, comme complémentaire encore d'une ligature atrophiante de l'utérine par la voie transpéritonéale ou vaginale. Dans ce cas, elle sera généralement plus facile, plus complète et partant plus efficace. Pour ce qui est de la ligature de l'utérine par voie vaginale complétée par la ligature de la tubo-ovarienne et du ligament rond par voie abdominale, nous sommes tout à fait peu disposé à l'admettre; si l'on ouvre le ventre, que ce soit pour une intervention plus radicale, sans cela les procédés vaginaux, qui ont pour eux au moins leur innocuité, n'ont plus de raison d'être.

2° Ligature bilatérale des artères hypogastriques.

Que vaut cette ligature au point de vue de son importance hémostatique et atrophique? Nous avons vu que, même bilatérale, et devant annihiler *a priori* toute la circulation partielle que l'hypogastrique détient, cette ligature n'entraînait aucun trouble circulatoire profond ni du côté de la vessie ni des autres viscères.

L'utérus, par conséquent, n'a pas à attendre davantage au

point de vue atrophique, de la réduction, même aussi grande que possible, de son apport sanguin par l'oblitération de l'iliaque interne. La circulation se rétablit plus ou moins par voie collatérale. Le cas d'Hartmann et Fredet est là pour le prouver; ces auteurs n'ont obtenu, dans une opération de ligatures multipliées des vaisseaux utérins, y compris l'hypogastrique, qu'un bénéfice très médiocre, en tout cas bien éphémère d'arrêt d'hémorragies (il s'agissait il est vrai de cancer). Fredet a montré, à la Société anatomique, un bassin de femme chez laquelle Hartmann avait fait son deuxième essai de ligature atrophiante pour cancer inopérable de l'utérus, et sur lequel la circulation s'était rétablie par la voie des artères de la fesse. Ces deux auteurs vont même jusqu'à conclure que la ligature de l'iliaque interne est d'un effet absolument nul pour l'hémostase du territoire de l'utérine, et, comme nous le verrons plus loin, ils trouvent la ligature directe de l'utérine supérieure à celle de l'hypogastrique pour anémier la matrice.

Plus dernièrement, au congrès international de médecine de Paris, 1900, Delagénère, à propos d'une communication sur la valeur de la ligature préventive des artères hypogastriques dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer, cite 4 cas de ligature de l'iliaque interne d'où il ressort que, même combinée à la ligature des utéro-ovariennes, on n'obtient pas des effets identiques toujours. Ainsi, une fois il n'y eut aucune hémostase appréciable, les utérines, à la section, donnèrent du sang et les artéριοles du vagin continuèrent à saigner; cette hystérectomie précédée de ligature de l'hypogastrique avait donc la valeur d'une expérience *in vivo*; deux fois il y eut une hémostase relative; une fois seulement une hémostase complète. A ce même congrès, Goullioud dit avoir essayé dans un cas de fibrome remontant à l'ombilic la ligature des deux artères hypogastriques; les hémorragies se sont arrêtées, mais il n'y eut aucune modification de la tumeur, aucune diminution observée par le cathétérisme. Cette opération s'est montrée, dans ce cas, d'après Goullioud, inférieure à la castration ou à la ligature des artères utérines.

Toutefois, d'après Delagénère, on devra la tenter dans les cas de néoplasmes de l'utérus généralisés au bassin: « Malgré tout ce qu'elle a d'aléatoire, cette tentative peut rendre dans ces cas d'immenses services et dans le cas d'insuccès ne peut nuire d'aucune façon. » Il est de fait que l'opération est d'une innocuité

absolue dans le cancer utérin même avec infiltration pelvienne, et encore la présence de ganglions envahis secondairement par la néoplasie, pourra ajouter quelque difficulté à la ligature au niveau de leur agglomération dans l'angle de bifurcation des iliaques primitives. Mais dans le cas de fibromes, qui seuls nous intéressent, il n'en sera pas toujours de même, loin de là; quand le hasard obligera à faire cette ligature, c'est-à-dire pour de très gros fibromes avec adhérences, phénomènes de compression et de cachexie telles que la malade ne pourrait supporter une intervention radicale, précisément cette ligature pourra se présenter parfois dans des conditions de difficultés réelles. Elle sera à tenter pourtant dans ces cas et sera plus aisée à exécuter que celle de l'utérine à son origine ou dans le ligament large par la voie vaginale. Il y a des dispositions topographiques de certains fibromes qui font que leur volume, s'il peut rendre la ligature de l'hypogastrique difficile, à plus forte raison rendra celle de l'utérine par la voie abdominale plus difficile encore; il y a des fibromes qui remplissent tout le pelvis et qui effacent les culs-de-sac vaginaux au point que le toucher ne permet parfois pas d'atteindre le col; la ligature du pédicule vasculaire par le vagin sera, dans ces cas, impossible.

Nous n'envisageons, bien entendu, ces cas de gros fibromes inopérables, qu'à titre tout à fait exceptionnel, où la ligature de l'hypogastrique sera, en désespoir de cause, l'ultime ressource comme moyen atrophiant, c'est-à-dire un moyen de second ordre, surtout de second choix à côté de ceux dont dispose aujourd'hui la technique chirurgicale des fibromes.

Hartmann et Fredet, ne se préoccupent pas des hypogastriques à propos des ligatures atrophiantes pour fibromes : leur méthode ne s'adresse de parti pris qu'aux petits fibromes pour lesquels la ligature des utérines, inoffensive, peut suffire, d'autant que celle des hypogastriques serait, par expérience anatomique et clinique, inférieure comme résultat.

Rappelons seulement, pour mémoire, qu'il y a deux procédés pour la ligature de l'hypogastrique, que le trans-péritonéal est supérieur au sous-péritonéal; que la fossette intersigmoïde angustiforme et profonde peut la rendre plus difficile à gauche quand le mésocolon iléo-pelvien est court : qu'enfin cette artère volumineuse est parfois le siège de plaques athéromatiques qui rendent la ligature ou dangereuse ou impossible.

3° Ligature des artères utérines à leur naissance sur les hypogastriques (voie abdominale).

De deux choses l'une ; ou bien l'on a affaire à un fibrome petit ou moyen chez une femme dont l'état général n'est pas trop mauvais, alors nous jugeons bien préférable de faire la laparotomie non pour la simple ligature de l'utérine, mais pour une intervention radicale que la malade supportera presque aussi bien ; ou encore l'on a affaire à un fibrome très considérable, compliqué d'adhérences chez une femme très épuisée ou exsangue et alors la ligature est fort difficile ; car il ne faut pas l'oublier, pour mener à bien les procédés décrits par Rumpf ou Altuchoff, il est nécessaire d'avoir des repères précis qui n'existent plus ici, la région étant toute bouleversée par la présence des grosses masses fibreuses, des néomembranes, des gros sinus veineux, etc.

Du reste, dans l'un et l'autre cas, elle doit être, pour être vraiment efficace, complétée par la ligature des vaisseaux des cordons tubo-ovariens et du ligament rond.

Par conséquent, s'il s'agit d'un fibrome peu volumineux, il sera préférable de faire une laparotomie pour énucléation ou polypectomie, si tant est qu'il y ait possibilité de faire de la chirurgie conservatrice, ou de faire l'énucléation par la voie vaginale si la disposition du fibrome le permet, ou enfin si l'on veut se restreindre au minimum d'intervention, de lier les utérines par la voie vaginale. S'il s'agit, au contraire, d'un très gros fibrome compliqué, chez une femme cachectique ou profondément anémiée et chez laquelle on n'ose pas encore tenter une opération grave, il vaudra certes mieux se contenter d'une ligature des utérines en passant par le vagin, que de pratiquer celle-ci par l'abdomen, ce qui aggraverait certainement le pronostic.

Pour si perfectionnés que soient ces procédés de ligature de l'utérine dans la fossette ovarienne ou dans le ligament large, leur utilité est tout à fait réduite à quelques cas imprévus. Leur emploi nous semble limité aux fibromes sur lesquels on a agi plus directement et que l'on veut faire bénéficier de l'application complémentaire de la méthode atrophiante.

4° Ligatures des artères utérines à leur terminaison, près de l'utérus (voie vaginale).

Cette ligature est la plus rationnelle de toutes.

Comme les autres méthodes conservatrices, elle a l'avantage de

ne supprimer aucun des organes essentiels et de laisser la possibilité d'une conception ultérieure chez les femmes encore jeunes.

Elle est applicable surtout aux cas désespérés dans lesquels les femmes épuisées par des hémorrhagies continues, ne pourraient supporter une intervention radicale à laquelle elles auraient toutes chances de succomber. On pourra y recourir contre les fibromes présentant des complications telles qu'il est dangereux ou impossible même de pratiquer une opération directe.

Il est quelques malades chez lesquelles on devrait tenter une chirurgie plus active en raison de la simplicité de leur cas, mais elles sont atteintes d'hémophilie ou d'une maladie générale : la ligature des utérines par voie vaginale rendra des services.

D'après Gottschalk : « Cette opération peut, dans *des cas convenablement choisis*, maîtriser définitivement, mieux qu'aucune autre méthode palliative, les hémorrhagies causées par les myomes et elle est capable de réduire les tumeurs à des noyaux, à des restes si minimes qu'ils ne sont plus constables à l'exploration clinique. »

Mais quels sont les cas d'élection, justiciables de cette méthode, et sur quelles données peut-on faire ce choix ?

1° *L'âge des malades.*

Presque tous les auteurs, Rydygier, Polk, Clarke, Paul Kuhn, Martin, Gottschalk, etc., s'accordent à reconnaître que les malades auront plus de chances d'obtenir un succès radical par ligature qu'elles seront plus proches de la ménopause.

2° *Le volume des fibromes.*

La ligature des utérines par le vagin est surtout applicable aux utérus fibreux qui ne dépassent pas le volume du poing d'après la majorité, Gottschalk va jusqu'à celui « d'une tête de femme ».

3° *Le nombre des fibromes.*

Plusieurs auteurs sont pour cette ligature à la condition que le chirurgien ait la certitude qu'il n'y ait pas plusieurs noyaux fibreux. Delagénère est de ceux-là. Martin et Gottschalk, avec raison, l'appliquent pour des fibromes à noyaux multiples. En effet, si la méthode atrophiante a quelque effet sur un fibrome, il est logique de penser qu'elle s'exercera sur les autres noyaux. C'est dans les cas de multiplicité des fibromes où l'utérus en est pour ainsi dire criblé qu'il sera le plus utile de faire cette ligature quand on voudra essayer de conserver l'organe.

4° *Évolution des fibromes.*

Si le fibrome se manifeste par des hémorrhagies répétées, une augmentation progressive et rapide de volume au voisinage de la ménopause, certains chirurgiens, comme Martin, pratiquent cette ligature. D'autres chirurgiens ne la conseillent pas au contraire. Nous pensons que, dans ces cas, il y a lieu d'examiner de très près la malade, et de soupçonner une évolution maligne qui nécessiterait alors une ablation complète par hystérectomie abdominale ou vaginale.

5° *Le siège des fibromes.*

C'est là le point important. La ligature des pédicules utérins par voie vaginale, s'adresse surtout aux fibro-myomes interstitiels développés dans le segment inférieur et moyen de l'utérus, à ceux qui sont placés au voisinage du col.

Les chirurgiens qui préconisent la ligature des utérines admettent, par contre, des cas où elle ne doit pas être tentée. Par exemple : si le volume du fibrome est trop considérable, si la tumeur est trop dure, par conséquent pas vasculaire ; si l'évolution trahit un processus de dégénérescence ; s'il y a concomitance de lésions annexielles avec adhérences nombreuses aux organes voisins et principalement l'épiploon (car alors les utérines ne contribuent que pour une petite part à la vascularisation de la matrice) ; si le fibrome est pédiculé soit sous-péritonéal, soit sous-muqueux, s'il est inclus dans le ligament large surtout (car dans ce cas l'utérus est dévié, les culs-de-sac effacés, la découverte et la ligature des artères impossibles, et l'on n'enregistrerait que des succès).

Au point de vue des résultats, F. Martin déclare que la période des quelques années où l'on a essayé la ligature atrophiante des utérines est trop courte pour soutenir la comparaison avec les « opérations radicales qui fascinent aujourd'hui les chirurgiens », mais que l'avenir permettant de juger les statistiques, elle se tiendra en bonne place sans être « aussi dramatique ».

Skene, prétend qu'il meurt bien plus de femmes après l'ablation de l'utérus qu'après celle des fibromes seuls. Pour lui, la méthode des ligatures peut suffire, car, en cas d'échec, on aura la ressource de l'hystérectomie, et d'ailleurs un cinquième des cas, dit-il, est guéri par ce moyen.

Rechner, dans sa thèse, a colligé et étudié 19 observations d'après lesquelles il conclut que : « Le pincement ou la ligature des utérines, pratiqué rationnellement, peut donner la possibilité de

soulager ou même de sauver un grand nombre de malades pour lesquelles on ne pouvait rien jusqu'à présent. »

Hartmann, ayant eu de bons résultats par la ligature vaginale des pédicules hypogastriques, et trouvant la chirurgie actuelle trop mutilatrice, est disposé, dans le traitement chirurgical des fibromes utérins, à commencer par cette ligature dans tous les cas où elle ne sera pas contre-indiquée.

Peut-on attendre beaucoup de la méthode des ligatures atrophiantes en général? Nous ne le croyons pas, malgré les procédés bien réglés que l'on possède à l'heure actuelle.

L'utérus n'est pas un organe où l'hémostase atrophiante idéale peut être réalisée. Il a plusieurs pédicules vasculaires. Si on veut les lier tous, il faut passer par la voie abdominale; si l'on se contente des procédés vaginaux qui ne comportent pas de gravité, on ne lie que les utérines et l'on fait une hémostase qui peut être souvent incomplète, d'autant que les fibromes peuvent se nourrir par les voies vasculaires contenues dans les adhérences. On n'a pour ainsi dire jamais observé, heureusement d'ailleurs, des phénomènes de sphacèle ou de transformation en cavités purulentes comme cela a été vu par Carrière et Vanverts ¹¹⁴, dans la rate, à la suite de la ligature expérimentale du pédicule splénique, ce qui prouve que l'ischémie n'est jamais totale; du reste il ne faudrait pas qu'elle dépassât son but. Pourtant Tuffier ¹¹⁵ (1898), cite un cas où il a observé du sphacèle superficiel du col utérin à la suite de ligatures atrophiantes.

On a observé des récidives très manifestes. Rydygier ¹¹⁶ (1894) en cite où, après une courte amélioration, les pertes recommencèrent plus profuses et provoquèrent la mort. Dans ces cas, une chirurgie radicale d'emblée eût été peut-être plus heureuse.

Certains faits nous paraissent quelque peu en contradiction avec cette ligature. Il n'est pas rare d'avoir affaire à des femmes d'un certain âge, chez lesquelles l'artério-sclérose est assez prononcée, ainsi que cela a été vu au cours des interventions pour ligatures atrophiantes. Dans ces cas la lumière des artères est souvent réduite, l'apport sanguin à l'utérus moindre : la ligature n'ajoutera pas grand'chose à cette réduction de calibre. Simmonds ¹¹⁷ (1900), a du reste démontré que la sclérose des artères utérines était cause parfois d'hémorragies abondantes, sans lésions de la muqueuse utérine; les ligatures n'apporteraient dans ces cas qu'une amélioration minime.

En se plaçant au point de vue de la chirurgie conservatrice, les ligatures atrophiantes ont, comme les autres méthodes que nous étudierons plus loin, la prétention de garder les organes génitaux internes indemnes : l'utérus et l'ovaire pouvant continuer à fonctionner au point de vue de la menstruation, de la conception possible. Or, si l'on fait la ligature des vaisseaux tubo-ovariens et utéro-ovariens, on risque fort d'amener l'atrophie de l'ovaire, par conséquent la suppression de la ponte ovulaire et de la sécrétion interne, ce qui est en opposition avec le but poursuivi.

En somme, d'une façon générale, ces ligatures constituent une chirurgie de deuxième plan, plutôt palliative et agissant d'une façon indirecte. Malgré cela, elle pourra rendre des services surtout dans les gros fibromes compliqués, inopérables, et le plus souvent devra être utilisée chez les femmes qui ne peuvent faire les frais d'interventions plus agissantes.

Pour ce qui est des petits fibromes, Gottschalk lui-même qui est pourtant un des grands promoteurs de la méthode atrophiante par la voie vaginale, recommande de dilater toujours préalablement l'utérus à la laminaire de façon à en faire l'exploration complète, et si celle-ci décele un fibrome sous-muqueux, il en conseille l'ablation radicale.

Nous pensons qu'il y a mieux à faire encore : ce ne seront pas seulement les fibromes presque sous-jacents à la muqueuse qu'il faudra extirper, mais aussi ceux qui sont très franchement interstitiels et qui seront justiciables de l'énucléation vaginale par le procédé d'Amussat-Segond.

Nous ne pouvons prédire le sort destiné à la méthode atrophiante appliquée dans le sens que préconisent Hartmann et Fredet, c'est-à-dire aux fibromes de petit volume traités ainsi dès qu'ils sont diagnostiqués. Le temps tranchera cette question, qui nous paraît dès l'abord limitée, parce que les fibromes peu volumineux, les *parvuli*, ne viendront jamais en foule, comme par le passé d'ailleurs, au chirurgien qui ne verra que des fibromes déjà volumineux justiciables d'opérations plus rapides et plus radicales et pas plus dangereuses que les ligatures, ou que d'énormes fibromes de plus en plus rares dont l'hystérectomie abdominale fera l'ablation. Les petits fibromes ayant mené une existence occulte ou révélés par une symptomatologie peu accentuée, iront peut-être trop souvent, comme dans une première entremise thérapeutique, se livrer

tout d'abord à quelque curette tranchante, quelque crayon plus ou moins caustique, ou à un degré hiérarchique plus élevé, aux effets de rhéophores imposants.

A notre avis, si l'on fait la ligature dans le cas de petits fibromes, on trouble la nutrition de l'utérus qui s'atrophiera en même temps que les fibromes qu'il renferme et on met ainsi cet organe en état d'infériorité pour les fécondations et les grossesses futures : des expériences seraient intéressantes à faire pour établir les conséquences des ligatures vasculaires de l'utérus sur la menstruation et la grossesse.

L'énucléation vaginale ou abdominale quand elle sera possible, ne sectionnant pas les utérines, débarrassant l'utérus complètement de son contenu fibreux, cet organe aura, de plus, l'avantage d'avoir conservé son irrigation artérielle normale.

L'on peut constater, en attendant, que les vues d'Harmann et Fredet n'ont reçu qu'un accueil réservé et circonspect à la Société de chirurgie de Paris, n'ont eu qu'un écho limité dans la littérature scientifique et dans les Congrès consécutifs. Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, ne mentionne pas les ligatures atrophiantes (il est vrai que sa dernière édition est de 1897), Labadie-Lagrave et Legueu ¹¹⁸ ne leur accordent qu'un jugement sommaire et très peu favorable. Le professeur Duplay ¹¹⁹, en juin 1900, fait une clinique sur le traitement des fibromes, et passe les ligatures complètement sous silence. J. M. Baldy (de Philadelphie), rapporteur au Congrès d'Amsterdam tenu en avril 1899, n'y voit que la source d'échecs nombreux et les exécute sans phrases. Quant au dernier Congrès international de médecine tenu à Paris en août 1900, si les ligatures atrophiantes ont été l'objet de quelques communications de la part d'un des protagonistes de la première heure, nous voulons parler de Gottschalk, puis de Goullioud et de Delagénière, elles n'ont été qu'un des petits côtés de la grande question de la chirurgie conservatrice mise à l'ordre du jour. Hartmann et Fredet eux-mêmes, en raison peut-être de leurs publications très récentes, ont jugé inutile de venir soutenir leurs idées. Quoi qu'il en soit, il reste de leur tentative des études anatomiques plus complètes, et, comme nous l'avons vu plus haut, une technique opératoire peut être définitive dans les cas où l'on sera réduit, pour certains fibromes de l'utérus, à une chirurgie palliative et plus rarement curative.

DEUXIÈME PARTIE

MÉTHODES DIRECTES CONTRE LES FIBROMES CONSERVATRICES

DE L'APPAREIL UTÉRO-ANNEXIEL NON GRAVIDE

PAR VOIE ABDOMINALE

L'on peut avoir affaire à des *fibromes sous-péritonéaux à pédicule*, ou mince et allongé, ou court et épais ; à des *fibromes sous-péritonéaux sessiles*, bosselant seulement, d'une façon plus ou moins accentuée, la surface extérieure de l'utérus ; à des *fibromes franchement interstitiels*, intra-muraux ; à des *fibromes sous-muqueux sessiles* ; à des *fibromes inclus dans le ligament large*.

Toutes ces variétés peuvent acquérir un volume variable, souvent considérable, atteindre ou n'atteindre pas le niveau de l'ombilic, être mobiles, ou fixes, ou enclavées, être composées d'un lobe unique ou de noyaux multiples.

Le polymorphisme de ces tumeurs, la diversité topographique qu'elles présentent, les complications variées dont elles se font cortège exigent une diversité parallèle des opérations qui leur sont applicables.

Toutes les variétés que nous venons d'énumérer sont accessibles par la voie abdominale, mais si quelques-unes ne peuvent guère être traitées que par l'abdomen (les tumeurs pédiculées que

nous pouvons appeler polypes intra-péritonéaux, et peut-être les tumeurs sous-péritonéales sessiles), les autres peuvent être de préférence, ce que nous discuterons plus tard, abordées par la voie vaginale (tumeurs intra-pariétales, tumeurs sous-muqueuses sessiles).

Quoi qu'il en soit, parmi les fibromes précités auxquels on pourra, à son gré, ou on devra appliquer une intervention laparotomique, les uns sont, à peu près sans discussion, justiciables d'une éradication complète sans conservation utéro-annexielle ; plusieurs ne réclament, d'une façon absolument limitée, que l'ablation pure et simple du seul fibrome : dans le cas contraire, on transgresserait, selon nous, le droit chirurgical ; d'autres enfin, plus contestables, méritent cependant qu'on use autant que possible à leur égard d'une intervention conservatrice de l'organe contenant.

Nous n'avons à nous occuper ici que de ces deux dernières catégories ; mais il faut ne point oublier, que bien plus que le volume de la tumeur, sa disposition, sa situation, ses connexions et même certaines conditions inhérentes à l'état général de la malade commanderont au chirurgien une conduite ou radicale ou conservatrice.

Nous allons décrire les opérations suivantes :

1° *La polypectomie abdominale* (qui s'adresse aux polypes fibreux intra-péritonéaux à étroit ou large pédicule : dans ce dernier cas elle peut consister à entamer plus ou moins profondément l'utérus) ;

2° *Les énucléations trans-abdominales.*

Ces énucléations sont applicables :

A) Aux fibromes à développement surtout utéro-abdominal (*absolument* contre les fibromes sous-péritonéaux sessiles, *principalement* contre les interstitiels, *à la rigueur* contre les sous-muqueux sessiles). Ces énucléations nécessitent une *incision trans-utérine*.

B) Aux fibromes à développement surtout intra-ligamentaire, sous-péritonéal. Ces énucléations nécessitent une *incision para-utérine, trans-ligamentaire*.

POLYPECTOMIE ABDOMINALE

pour polypes sous-péritonéaux à large ou étroit pédicule.

I. — DÉFINITION. SYNONYMIE

La *polypectomie abdominale* consiste, le mot l'indique, à pratiquer l'extirpation des fibro-myomes nettement pédiculisés à la surface extérieure de l'utérus en épargnant tout à fait cet organe.

Ces fibromes pédiculés peuvent être appelés des polypes intra-abdominaux par analogie avec les polypes intra-utérins : le nom de polypectomie est donc parfaitement applicable à leur extirpation. Nous pensons, d'après tout ce que nous avons pu lire, que Longuet¹ s'est, le premier, servi, fort heureusement du reste, de cette appellation.

D'autres auteurs la nomment encore *myomotomie abdominale* (ce qui prête à confusion, puisque certains entendent par là également la section de l'utérus au-dessus du col), ou encore *hystérotomie*, *myomectomie intra-péritonéale*, *myomectomie proprement dite*, ou enfin, comme Delagénère², *laparo-myomectomie* (pour ne pas confondre avec vagino-myomectomie ou ablation d'un polype fibreux par le vagin). Toute cette synonymie importe peu ; nous devons la signaler afin d'éviter des recherches inutiles.

La polypectomie abdominale est une opération d'une simplicité enfantine, plus simple peut-être que l'ablation d'un vulgaire kyste ovarique, aussi, passerons-nous rapidement, insistant en particulier sur les points qui nous paraissent être les seuls vraiment intéressants : la torsion du pédicule, en particulier, analogue à celle du kyste de l'ovaire, torsion qui est loin d'être tout à fait rare et se présente souvent dans des conditions telles qu'elle crée un véritable cas de chirurgie d'urgence.

II. — HISTORIQUE

Cet historique se confond, à son origine, avec celui de la fibromyomectomie et des énucléations abdominales sur lesquels nous nous étendrons beaucoup plus longuement, voulant montrer l'évolution générale des opérations conservatrices par voie abdominale. Pour la polypectomie abdominale nous ne donnerons qu'un simple aperçu historique.

La polypectomie a été faite pour la première fois par *Granville*³, sans succès, en 1837 ; puis en Amérique par *Atlee*⁴ et *Lane*⁵, avec succès en 1844.

Depuis, elle a été surtout pratiquée sur des utérus gravides par *Thornton*, *Schræder* (1879), *Hegar*, *Studgards* (1883), *A. Martin*, *Landau*, *Barnes* (1886), *Franel*, *Gordon*⁶ (1889), *Routier*⁷ (1889), *Vautrin*⁸ (1893), *Jacobs*⁹ (1898).

Pour ce qui est de la torsion du pédicule dans les fibromes sous-séreux de l'utérus, de nombreux cas ont été opérés et signalés depuis longtemps par *Schultze*, *Frommel*, *Kreutsmann*, *Johannosky*, (cités par *A. Hollowko*¹⁰ qui est parvenu à en réunir une quarantaine dans la littérature médicale), par *Cuppie*, *Fritsch*, *Gunther*, *Kustner*, (cités par *Schwartz*¹¹), par *Schwartz* lui-même et *Mermet*¹² (1896), par *Delaunay* (1896) (cité dans la thèse de *Macé*¹³, 1897), par *Albert Martin*¹⁴, *Planque*¹⁵ (1897), *Luyts*¹⁶, *Guillot*¹⁷ (1898), *A. Hollowko*¹⁸, *Ferroni*¹⁹, *Émile Ehrendofer*²⁰ (1899), *Fouquet*²¹, *Schwartz*²² (1900).

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

A. *Technique opératoire de la polypectomie abdominale dans les cas habituels.*

La malade sera préparée comme pour une laparotomie ordinaire, mais il faut avoir soin d'aseptiser également le vagin, et même le col utérin, dans le cas où l'opération devrait se terminer en hystérectomie abdominale totale.

On n'oubliera pas d'avoir dans son outillage un tire-bouchon de Segond, de Doyen, ou le désenclaveur de Delagénière.

Une fois l'incision de la paroi abdominale faite, on mettra la malade en position déclive.

Il faut chercher à opérer hors du ventre, autant que possible : on attire l'utérus et ses polypes sous-péritonéaux hors de la plaie abdominale ; on referme derrière, provisoirement, la paroi au moyen de pinces tire-balle, ou encore on place un très vaste champ opératoire, une serviette stérilisée, sous l'utérus et sur ses côtés ; et, à partir de ce moment, les doigts de l'opérateur n'entre-ront en contact qu'avec le seul utérus surmonté de ses tumeurs. En agissant ainsi, on réduira au minimum les chances d'infection et on n'exposera pas le péritoine et les intestins soit à l'air, soit aux meurtrissures des manipulations opératoires. Il vaut la peine d'insister sur ces détails, car des chirurgiens réputés aseptiques n'en tiennent peut-être pas assez compte.

Au point de vue de l'acte opératoire lui-même, deux cas se présentent : ou le pédicule du polype est petit, ou il est volumineux.

1° *Le pédicule est mince.*

On le traverse avec une aiguille armée d'un fil double : on coupe l'anse du fil dans son milieu et après avoir entrecroisé les chefs ainsi obtenus on lie à droite et à gauche du pédicule : on devra toujours faire le nœud du chirurgien en passant le fil deux fois. On pourra pratiquer les nœuds, plus savants, de Lawson-Tait ou de Bantock, mais cela n'a absolument aucune importance, pourvu que la ligature soit vite posée, solide et vigoureusement serrée. On emploiera ou la soie ou le catgut.

Puis on sectionne le pédicule à un centimètre au-dessus de la ligature ; on termine en assurant l'aseptie de la tranche par un attouchement avec une solution forte quelconque, ou mieux, en y promenant la lame du thermocautère.

Schröder recommande de suturer, par-dessus la surface de section du pédicule, le péritoine par quelques points séparés ou un petit surjet.

Martin fait une section du pédicule en cône, c'est-à-dire entame un peu l'utérus, place des sutures intra-parenchymateuses qui rapprochent les surfaces cruentées et, par-dessus, réunit le péritoine : il pratique donc un plan musculaire profond et un plan séreux superficiel. Pour éviter une légère perte de sang, on pourrait placer les fils d'abord avant de sectionner le pédicule comme

on le fait quelquefois pour l'opération de Schröder du col de l'utérus.

Dans le cas où le pédicule est très vasculaire, Doyen²³ conseille de l'étreindre par un lien élastique et puis d'en faire l'évidement au thermocautère : on n'a plus qu'à remplacer la ligature élastique par une ligature à la soie ou au catgut.

2° Le pédicule est épais.

Dans ces cas, Delagénère²⁴ conseille d'ouvrir la paroi abdominale en faisant la section sur le point qui fait relief à l'abdomen. Il dit de faire une incision de 10 à 12 centimètres, dont le milieu corresponde à la partie saillante de la tumeur. Nous ne partageons pas cette manière de voir, pour la bonne raison que l'on ne sait pas toujours quelle est la disposition du fibrome avant d'avoir ouvert le péritoine, et que l'on ne sait pas exactement à l'avance le mode opératoire que l'on sera obligé d'adopter : polypectomie simple, énucléation ou même davantage. Il ne viendrait certainement jamais à l'esprit de Delagénère de partir pour une hystérectomie abdominale totale en faisant une incision sur la saillie de la tumeur : or l'on est toujours exposé à être réduit à cette intervention. De plus, s'il était nécessaire de faire la section sur le relief du fibrome, à ce compte, on pourrait être réduit à la pratiquer ou très haut, ce qui est inutile, ou latéralement si le fibrome est latéral. La laparotomie médiane sous-ombilicale est la meilleure, convient à tous les cas et c'est elle qui permettra d'opérer le fibrome hors du ventre le plus souvent.

Donc le pédicule est volumineux. On le saisira avec de fortes pinces-clamps que l'on serrera à fond, ce qui permettra d'en réduire un peu le volume ; ensuite on sectionnera le corps fibreux à un travers de doigt environ au-dessus de leurs mors de façon à ménager au-dessus d'elles, comme le recommande Pozzi²⁵, une « sorte de collerette péritonéale et un peu de substance corticale de la tumeur. Les pinces-clamps sont alors enlevées, et dans le sillon qu'elles ont tracé sur le pied du pédicule on place une série de points de suture à la soie » ; puis on recouvrira exactement la plaie avec la collerette préalablement ménagée. Mais n'est-il pas à craindre, en procédant ainsi, que la petite collerette musculo-péritonéale taillée au-dessus de la partie énergiquement pincée du pédicule, angiotripsée pour ainsi dire, ne soit dénuée de vitalité et ne se sphacèle ?

Pozzi place une ligature élastique aussi bas que possible sur

l'utérus, en déprimant les ligaments larges, afin d'obtenir une hémostase préventive durant la polypectomie. Le lien élastique sera maintenu au moyen d'un ligateur spécial, celui de Pozzi ou encore celui de Segond, ou plus simplement avec une pince quelconque. Delagénère prétend que cette ligature préalable est inutile la plupart du temps, car les fibromes pédiculés sont rarement très vasculaires : il serait plus simple et plus facile de pincer et lier les quelques vaisseaux au fur et à mesure de la section. La ligature élastique préventive peut cependant rendre des services dans les gros pédicules.

On peut employer un autre procédé, quand on a affaire à un pédicule par trop épais : par une incision circulaire, on cerne la base d'implantation du fibrome sur l'utérus, mais à une distance calculée suffisante, pour qu'après l'ablation du fibrome, les deux lèvres de la plaie utérine puissent arriver au contact et être suturées. L'incision une fois tracée, avec le doigt ganté d'une compresse de gaze, on décortique le polype dans sa partie adhérente à l'utérus. Cette opération est une demi-énucléation et non une vraie énucléation, car on enlève d'emblée la tumeur fibreuse doublée d'une couche plus ou moins épaisse de coque musculaire, l'énucléation ne se fait qu'à la base d'insertion, au niveau de l'incision circulaire pratiquée par le bistouri dans le muscle utérin. C'est, en somme, une fibro-myomectomie avec hystérotomie circulaire minime. Généralement, cette sorte de circoncision saigne fort peu ; mais il faut avoir grand soin de pincer et lier attentivement tous les vaisseaux qui donnent, afin d'éviter un suintement consécutif à travers les lèvres de la plaie utérine qui serait très préjudiciable. La réunion se fera en plaçant des points profonds qui combleront, par leur rapprochement, la petite cavité, la cupule d'énucléation, et en posant quelques points séparés ou un surjet superficiels qui assureront une suture séro-séreuse.

Avant d'abandonner le pédicule dans l'abdomen, il faut bien s'assurer que tout suintement sanguin est arrêté. Si l'hémostase inspirait des inquiétudes, on emploierait la méthode suivante due à Von Hacker²⁶, puis à Wölfler²⁷ (1885), et qui n'est autre chose que la fixation du pédicule imparfaitement hémostasié à la paroi abdominale ; on traverse à la fois les parois abdominales et le pédicule par une série d'anses de fils ; on serre ces fils de chaque côté de la plaie abdominale, sur des petits rouleaux de gaze stérilisée,

de telle sorte que le pédicule est attiré et inclus dans la plaie que l'on ne ferme pas à ce niveau, mais que l'on suture complètement au-dessus, de façon à clore la cavité péritonéale. On obtient donc un moignon utérin extra-péritonéal et intra-pariétal, et l'on n'aura plus qu'à introduire un petit drain et une mèche de gaze jusqu'à son contact. Ce procédé peut rendre des services dans le cas de pédicules courts et si l'on a des craintes d'hémorrhagie, de mortification et d'infection. Mais il faut bien le dire, actuellement, avec les procédés mieux réglés d'énucléation abdominale, on n'aura pas souvent l'occasion, heureusement, d'y recourir.

Dans le cas où l'on ne pourrait pratiquer cette sorte d'hystéropexie abdominale de sauvegarde, ne pouvant mettre l'utérus au contact de la paroi, on ferait un tamponnement à la Mickulicz, et comme dernière ressource on aurait l'hystérectomie abdominale totale.

Auvard²⁸ (1892) dit que l'on peut enlever facilement par le procédé que nous avons décrit toutes les tumeurs, quel que soit leur volume, pourvu que la base d'implantation sur l'utérus ne dépasse pas 5 centimètres. Il y a là une certaine exagération. Il est évident que si l'on se trouve en présence de plusieurs polypes intra-abdominaux, on procédera, vis-à-vis de chacun d'eux, de la même façon que nous l'avons indiqué plus haut.

B. Conditions particulières de la polypectomie abdominale dues à certaines complications.

Après ces polypectomies, très généralement peu hémorrhagiques quand elles sont simples, mais qui peuvent l'être quand on est obligé d'entamer plus ou moins le muscle utérin au niveau du point d'insertion, ce qui est à redouter, avant tout, c'est l'*écoulement du sang dans le péritoine*, nous l'avons vu. On peut, pour réunir certaines conditions de sécurité, faire ainsi que nous l'avons expliqué, ou le tamponnement à la Mickulicz, ou le procédé de V. Hacker et Wölfler. Mais il est des cas où l'utérus est très friable, se déchire sous la moindre traction, est véritablement hémophilique; nous en avons observé des exemples auprès de notre maître Segond; on dut se résoudre à laisser les pinces à demeure sur l'organe sans placer de ligature et à les faire sortir par la plaie laparotomique où nous les laissâmes 24 à 48 heures; d'autres fois on dut faire une hystérectomie abdominale totale. Mais dans cette

dernière éventualité opératoire, nous pensons que le pronostic est alors bien plus sérieux, quoi qu'en dise Delagénère²⁹, pour qui l'hystérectomie abdominale totale « est peut-être une opération moins grave qu'une simple myomectomie, ainsi que tendraient à le démontrer des statistiques récentes ».

C'est, du reste, dans le but d'empêcher une *exsudation* abondante et toujours très dangereuse, que l'on a soin, depuis longtemps, de recouvrir le pédicule de péritoine. G. A. Dirner³⁰ (1887) avait insisté sur ce point dans le traitement des pédicules dans les myotomies. Laroyenne pratiquait ainsi, et avait contribué même avant l'antiseptie, à restreindre, pour sa part, de beaucoup la mortalité des opérations abdominales. Condamine³¹ (de Lyon) en 1894, a recommandé très vivement ce qu'il appelle d'une manière générale la péritonisation des pédicules abdominaux en recouvrant la surface cruentée de ceux-ci par une collerette de séreuse péritonéale.

Toujours est-il qu'il faut avoir présente à l'esprit la possibilité de la complication hémorragique et ne pas hésiter un instant à rouvrir l'abdomen si elle se produit.

D'ailleurs, l'utilité de la péritonisation du pédicule est utile à un autre point de vue très important : elle empêchera la formation des adhérences en cet endroit. Or, ces dernières ont souvent été la cause d'*accidents d'occlusion intestinale*. Pour la conjurer, on doit chercher à obtenir un moignon tout à fait lisse et revêtu de péritoine. Depuis qu'on péritonise les pédicules intra-abdominaux, les occlusions intestinales post-opératoires sont certainement plus rares. On peut, à la rigueur, se contenter de cautériser au thermocautère la surface cruentée du pédicule, mais alors les risques sont plus grands. Toutefois, si des symptômes d'occlusion intestinale éclataient, il faudrait recourir le plus tôt possible à une laparotomie itérative pour rechercher et lever l'obstacle qui consiste, le plus souvent, en des adhérences ou une bride facile à rompre : les accidents disparaîtront rapidement.

Avec les polypes fibreux intra-abdominaux, il faut s'attendre, lorsqu'ils sont volumineux principalement, à trouver à l'ouverture de l'abdomen, de *larges adhérences avec les organes voisins* et principalement l'intestin. Ces adhérences forment parfois, comme le dit Pozzi, « de véritables racines vasculaires adventives plus importantes que la racine initiale ou pédiculaire ».

En 1895, Quénu a rapporté, à la Société de chirurgie, le cas de large adhérence suivant : le ventre ouvert, il vit qu'il avait affaire à un fibrome pédiculé, prolabé derrière l'utérus, fixé au plancher pelvien sur une étendue large comme la paume de la main. Il détacha les adhérences, put mobiliser le polype et l'extirper en liant son pédicule. Il termina son opération en fixant le pédicule dans la plaie laparotomique : sa malade guérit fort bien.

Lorsqu'il s'agit d'adhérences intestinales, il faut se comporter vis-à-vis d'elles comme le conseille Schröder : on sectionne les surfaces adhérentes du polype en les laissant attachées à l'intestin, plutôt que de vouloir obtenir, malgré tout, un détachement périlleux sinon impossible : on n'a plus qu'à passer au niveau de ces surfaces cruentées quelques points au catgut ou un surjet de manière à en obtenir l'affrontement. Nous avons souvent aidé notre maître Pozzi dans l'emploi d'un procédé plus expéditif, consistant à cautériser superficiellement et avec rapidité, au thermocautère, les parties du corps fibreux restées adhérentes à l'intestin. L'on doit avoir soin de protéger les anses intestinales voisines avec des compresses contre le rayonnement du thermocautère ; nous n'avons pas eu l'occasion de voir des accidents consécutifs d'occlusion.

D'autres complications sont à prévoir qui entraînent des indications opératoires particulières. Il arrive que certains fibromes pédiculés sont creusés de géodes parvenant à un volume quelquefois énorme, remplies de liquides variés, le plus souvent sanguinolents, ayant subi parfois, mais rarement, la transformation purulente. Les cavités de ces grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus ne communiquent pas avec celle de l'utérus ; elles en sont mêmes séparées par une épaisseur de tissu musculaire considérable représenté généralement par le fond de l'utérus augmenté de toute l'épaisseur de la portion fibromateuse sous-jacente.

Ces *tumeurs fibro-kystiques pédiculées* sont assez rares ; Bouilly³² (1898) en rapporte cependant plusieurs cas. Chez une malade qu'il suivit avec Segond il y eut une rupture de cette sorte de tumeurs, provoquée par une chute sur le bord d'un lit ; elle mourut des suites de cette rupture compliquée naturellement de phénomènes péritonéaux graves. On confond le plus souvent ces fibromes pédiculés kystiques avec des kystes de l'ovaire. Nous résumerons rapidement deux des observations de Bouilly : elles nous montreront dans quelles conditions se présentent parfois ces tumeurs et quelle

serait la conduite opératoire à imiter dans des faits semblables.

Dans un cas, il s'agissait d'une tumeur à apparence de kyste de l'ovaire qui remontait jusque dans l'épigastre chez une femme de 50 ans. A l'opération (1887) Bouilly dut traverser avec un trocart une épaisseur d'environ 1 centimètre et demi de tissu ferme avant d'atteindre une collection d'environ 4 litres de liquide d'aspect citrin et visqueux. Une fois évacuée, la tumeur encore volumineuse fut amenée hors du ventre et reconnue pour être un fibrome inséré sur le bord droit de l'utérus auquel il était attaché par un pédicule long de 2 centimètres et gros comme un doigt. Bouilly en fit facilement l'ablation après ligature du pédicule à la soie. Trois autres fibromes pédiculés de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'une mandarine furent enlevés sur les bords et le fond de l'utérus. Les ovaires et les trompes étaient sains : ils furent épargnés. La malade guérit. Voilà donc un exemple intéressant de quadruple polypectomie sur le même utérus, et de conservation utéro-annexielle dans un cas du reste compliqué.

L'autre cas de Bouilly concerne une femme de 42 ans chez laquelle il avait aussi diagnostiqué un kyste ovarique. A l'opération (1890) il tomba sur une tumeur volumineuse dont la partie antérieure et supérieure présentait des adhérences intimes avec l'épiploon, le sommet avec la grande courbure de l'estomac, les côtés : à gauche avec l'S iliaque, à droite avec l'appendice. Avec beaucoup de précautions et de multiples ligatures il parvint à décoller toutes ces adhérences et à entraîner la tumeur à l'extérieur : la ponction et l'incision au bistouri de cette tumeur kystique donnèrent issue à 5 ou 6 litres de liquide hématique. On reconnut alors que les annexes étaient saines et que la tumeur attenait au fond de l'utérus par un pédicule. Bouilly plaça une ligature élastique sous la tumeur après avoir traversé par une broche métallique le pédicule qu'il sectionna et auquel il appliqua le traitement extra-péritonéal : la section n'ouvrit pas la cavité utérine. La malade sortit guérie au bout de 2 mois. Voilà donc un autre exemple intéressant de chirurgie conservatrice dans des circonstances particulièrement difficiles.

Dans les cas où il y a transformation purulente du contenu du fibro-kyste pédiculé, le pus est souvent stérile, mais il faudra redoubler cependant de précaution.

Donc, détachement des adhérences, ponction des cavités fibro-

kystiques, hors du ventre autant que possible, préservation des annexes saines, traction du pédicule et fixation à la paroi, telle doit être la conduite à suivre en pareille occurrence.

Il existe des coïncidences pathologiques. Ainsi, l'on a vu des polypes utérins intra-abdominaux *coïncider avec un kyste intra-ligamentaire*. Dans un fait de ce genre, Terrier³³ (1884) lia les pédicules de deux polypes, les sectionna et les réduisit dans l'abdomen, puis marsupialisa le kyste du ligament large. La malade guérit et son utérus, qui était volumineux, diminua beaucoup à la suite de l'opération.

Cette diminution de volume des utérus porteurs de polypes, a été plusieurs fois signalée consécutivement à la simple polypectomie. Notre maître Polaillon³⁴ (1884) en rapporte un cas très net, à la suite de l'ablation d'un polype abdominal très douloureux qu'il avait traité par la fixation du pédicule à la paroi de l'abdomen.

Vanverts³⁵ a communiqué à la Société anatomique (1896) le cas d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé, chez une jeune femme de 18 ans, implanté sur la corne utérine droite, compliqué de *grossesse extra-utérine* du même côté rompue et ayant déterminé une hématocele retro-utérine traitée par l'incision vaginale, puis secondairement par la laparotomie qui permit d'extirper le fibrome. Si cette coïncidence pouvait être soupçonnée il vaudrait mieux, d'emblée, recourir à la laparotomie, plus sûrement hémostatique et qui s'adresserait simultanément aux diverses lésions : trompe rupturée et polype.

On a vu encore ces polypes fibreux intra-abdominaux entrer en *dégénérescence* et se compliquer d'*annexite*. C'est ainsi que Jacobs³⁶ (1898) a opéré un polype du fond de l'utérus dégénéré : les annexes gauches étaient adhérentes à la tumeur, les droites étaient saines. Il fit la polypectomie et l'oophoro-salpingectomie d'un côté. Mais un an après, la malade se cachectisait et faisait, probablement, une récurrence de nature maligne. Cet exemple de chirurgie conservatrice ne fut pas heureux : il serait préférable, dans les cas où l'on soupçonnerait la dégénérescence du polype, de faire l'hystérectomie abdominale totale.

Nous devons, pour terminer, signaler une complication qui, sans être très fréquente, n'est pas absolument rare : la *torsion du pédicule* dans les fibromes pédiculés. Nous avons vu en effet,

à l'historique, que Hollowko en avait réuni 40 cas; Planque en apporte 9 observations dans sa thèse; Schwartz en a opéré 2 dans ces dernières années. Le pronostic de cet accident est grave et subordonné en grande partie à la rapidité de l'intervention qui doit être une laparotomie immédiate et l'extirpation du fibrome complétée ou non, dans certains cas, par l'hystérectomie abdominale totale.

Nous n'avons pas à tracer ici la symptomatologie de cette complication; il n'y a d'ailleurs aucun signe absolument caractéristique des phénomènes de torsion du pédicule des fibromes intra-péritonéaux: l'on peut renoncer, avec nos moyens d'investigation clinique actuels, à distinguer cette torsion de celle des kystes de l'ovaire, des salpingites, de l'utérus gravide, et de plus le diagnostic peut hésiter entre une annexite, une occlusion intestinale, même un étranglement herniaire et la torsion. Du reste, pour V. Greco³⁷ (1889), la torsion des fibromes pédiculés, en donnant lieu à des accidents inflammatoires, altère principalement les annexes. On entrevoit ainsi le complexus symptomatique auquel cette complication peut donner lieu. Mais tout cela n'a qu'un minime intérêt: l'important, c'est que les symptômes se présentent assez intenses et alarmants pour faire juger la laparotomie nécessaire: c'est elle qui fera le diagnostic en mettant à l'abri des accidents. La torsion ne s'effectue pas toujours d'une façon brusque, aiguë: l'on est ainsi parfois enclin à temporiser et à perdre un temps précieux. Il arrive même que la torsion n'entraîne aucun phénomène clinique appréciable pouvant l'indiquer. Nous avons signalé, il y a deux ans, à la Société anatomique, un cas de gros fibro-sarcome de l'ovaire avec torsion du pédicule sans phénomènes cliniques pouvant faire soupçonner cet accident. Guillot (1898) a cité le fait pour un fibrome sous-séreux pédiculé de l'utérus pesant 4^{kg},950, enlevé par Walther: la torsion s'était produite sans déterminer d'accidents aigus. Bien plus, on a vu des fibromes libres dans la cavité abdominale et détachés de l'utérus, probablement par torsion du pédicule. Dans 2 cas, Terrillon³⁸ (1889) trouva un pédicule très aminci, où il n'existait plus trace du tissu utérin. Une fois, Routier³⁹ (1889) tomba sur un fibrome flottant qui pesait 2500 grammes et sur un utérus qui présentait d'autres fibromes interstitiels; Routier se contenta d'enlever le polype flottant: la malade guérit et les douleurs atroces qu'elle

ressentait auparavant disparurent totalement; cette tumeur était absolument libre d'adhérences. Nous avons opéré, avec notre maître Polaillon, il y cinq ans, une malade qui présenta à l'ouverture de l'abdomen de très gros fragments friables, nageant dans une ascite considérable et qui provenaient d'un très volumineux fibrome pédiculé détaché de l'utérus : cette malade ne présentait pourtant pas d'accidents infectieux. Fouquet⁴⁰ (1900) a vu, chez une vieille femme, un gros fibrome calcifié sous-péritonéal pesant 970 grammes, absolument libre dans la cavité abdominale et très vraisemblablement détaché de l'utérus qui contenait d'ailleurs d'autres noyaux fibreux : la malade ne souffrait pas du ventre : elle est morte d'hémorrhagie cérébrale. Jacobs⁴¹ (1897) rapporte 2 cas de fibromes utérins, qui peu à peu se seraient détachés de la matrice, auraient adhéré à la paroi abdominale et se seraient éliminés spontanément après sphacèle (il est vrai qu'on peut soupçonner, dans ces observations de Jacobs, plutôt l'existence de 2 fibromes sphacelés de la paroi abdominale). Doyen⁴² (1899) a opéré un de ces fibromes, entièrement séparés de l'utérus, et qui avait contracté avec le péritoine pelvien et les annexes des deux côtés des adhérences vasculaires : il enleva seulement la tumeur et les annexes.

Nous nous sommes un peu attardé à signaler ces derniers faits pour montrer que le processus naturel de séparation utérine des polypes utérins intra-abdominaux n'est pas toujours mortel, même en l'absence d'adhérences vasculo-nutritives supplémentaires ; mais il faut bien savoir que, la plupart du temps, l'on aura affaire à des cas graves, commandant une laparotomie d'urgence. Exemple : Luys⁴³ (1898) a fait l'autopsie d'une femme qui portait un volumineux fibrome à pédicule tordu comprimant l'S iliaque et ayant déterminé une occlusion intestinale : la malade succomba au moment où l'on allait intervenir. Autre exemple, mais dont l'issue fut plus heureuse : Albert Martin⁴⁴ (Rouen, 1897) a observé la torsion d'un fibrome sous-péritonéal de l'utérus ayant provoqué une hémorrhagie intra-péritonéale et formé une véritable hématocèle rétro-utérine : la tumeur était grosse comme une tête de fœtus et reposait dans la fosse iliaque droite. Martin fit une hystérectomie abdominale avec pédicule externe parce que sa malade était extrêmement faible : elle guérit cependant.

Il y a une grande analogie entre la torsion pédiculaire des

kystes ovariques et celles des polypes utérins intra-abdominaux, et si l'évolution symptomatique paraît à peu près semblable, il se peut fort bien que la torsion des fibromes soit plus immédiatement grave par les phénomènes hémorragiques dont elle peut s'accompagner ; dans le cas de kyste, l'obstacle à la circulation de retour au niveau du pédicule détermine généralement un épanchement sanguin dans la cavité de la tumeur : l'hémorrhagie est interne par rapport au néoplasme ; dans le cas de fibromes, souvent sillonnés de grosses veines périphériques, flexueuses, variqueuses, tandis que la masse centrale est avasculaire, la rupture des vaisseaux épanchera le sang dans le ventre : l'hémorrhagie est ici externe par rapport au néoplasme. Le cas d'hématocèle rétro-utérine, lié à la torsion d'un fibrome pédiculé rapporté par A. Martin, paraît assez démonstratif.

La torsion de ces polypes ne se produit pas toujours au niveau de leur pédicule. Il est parfois si large, si court, si épais qu'il ne saurait se tordre. Les forces qui provoquent la torsion, et qui sont le plus souvent les adhérences aux organes voisins, organes mobiles, animés de mouvements péristaltiques ou de mouvements de déplétion et de réplétion, forcent l'utérus à participer à la rotation, et souvent il s'agit plutôt de torsion de l'utérus sur son axe.

Ce fait se produit même pour les kystes de l'ovaire dont le pédicule est généralement plus souple et plus vasculaire, à plus forte raison se produira-t-il dans le cas de fibrome. Cette torsion peut être plus ou moins accentuée : Schwartz l'a vue d'un tour et demi, Hollowko de 360°, Émile Ehrendofer⁴⁵ a eu l'occasion d'opérer un fibrome dont la torsion était telle que la face antérieure regardait directement en arrière, et inversement, tandis qu'il était maintenu dans cette nouvelle posture par des adhérences multiples. Si le processus de torsion a été long, chronique, on peut être certain qu'il y a eu des phénomènes de péritonite adhésive, et il faut s'attendre à devoir surmonter de grandes difficultés, puisqu'il faudra décoller toutes ses adhérences s'étendant parfois à l'utérus lui-même, à la vessie, au rectum, aux anses intestinales, à l'épiploon, aux parois abdominales, avant de remettre l'utérus à sa place normale et de procéder à la polypectomie qui d'ailleurs peut être multiple : dans son cas de 1896, Schwartz enleva trois polypes abdominaux sur le même utérus ; nous avons vu plus haut

que Bouilly (1890) avait fait une quadruple polypectomie sur la même femme.

L'ascite, très rare dans les fibromes, peut favoriser la torsion : nous pensons qu'elle en est plutôt la conséquence. Quand c'est l'utérus qui est tordu sur son axe, généralement c'est au niveau de sa partie sus-vaginale, et il est probable que certains allongements hypertrophiques du col n'y sont pas étrangers.

Selon les circonstances et l'état des lésions de l'appareil utéro-annexiel, la polypectomie sera ou simple ou devra se compléter de l'ablation bilatérale ou unilatérale des annexes : dans ce dernier cas, l'opération sera suffisamment conservatrice, puisqu'elle ne mettra pas obstacle aux fonctions menstruelle et reproductrice.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

Ayant l'occasion fréquente de voir des utérus, enlevés pour une cause ou pour une autre, parsemés à leur surface de polypes plus ou moins volumineux, on a une certaine tendance à penser que ces productions fibreuses ne doivent pas occasionner de bien grands troubles. Il est certain, en effet, que leur présence serait très souvent ignorée s'ils ne coïncidaient pas avec d'autres noyaux fibreux inclus dans les parois utérines ou sous-muqueux qui, eux, se traduisent par une symptomatologie manifeste.

Cependant, il faut savoir qu'ils peuvent exister seuls avec un utérus, d'autre part indemne, et des annexes saines. Au cours de notre description de leur technique opératoire, nous en avons vu des exemples nombreux, et, si on se le rappelle, il s'agissait parfois de très gros polypes utéro-abdominaux. L'on doit se souvenir que, si ces tumeurs utérines mènent une vie latente sans entraîner aucun trouble local ou général (et alors ils ne sauraient, bien entendu, du tout nous intéresser, puisque insoupçonnés), ils s'accompagnent parfois de symptômes et de complications exigeant une thérapeutique active. Ils ne déterminent généralement pas de métrorrhagies ; cela se conçoit facilement, à cause de leur siège éloigné de la cavité et de la muqueuse utérines, mais ils sont quelquefois extrêmement douloureux, sans avoir atteint un gros volume, sans même être adhérents aux parties voisines : comme preuve, leur ablation simple a mis fin aux douleurs qu'ils provoquaient.

Pourtant, si les phénomènes douloureux sont, dans certains cas, dus à la présence irritative de ces fibromes, dans la généralité des faits ils doivent être attribués aux adhérences principalement intestinales. Il n'est point d'ailleurs nécessaire que ces polypes aient atteint de grandes dimensions pour cela.

Ce n'est pas tout ; l'intervention par polypectomie a sa raison d'être parce qu'elle prémunira contre de nombreuses complications dont nous avons déjà parlé plus haut. Ces polypes ne s'observent pas que chez des femmes mûres ou âgées, chez des femmes ménopausées ; on en a opéré, maintes fois, chez des femmes toutes jeunes où ils peuvent être obstacles à la fécondation, ou cause, plus tard, si elle s'est produite, de dystocie. Le fait, rapporté par Vanverts ¹⁶ (1896), est très instructif : il y avait grossesse extra-utérine en même temps que polype utéro-abdominal siégeant sur la corne utérine correspondante, et il y a tout lieu de croire que ce dernier n'a pas été étranger à empêcher la migration normale de l'ovule fécondé et à produire son développement ectopique. Naturellement, la grossesse extra-utérine apporte, par elle-même, son contingent de gravité : elle peut se rompre dans le péritoine et déterminer une hémorrhagie très inquiétante. Le cas de Vanverts est typique à ce sujet, et peut servir d'exemple complet. On a vu des femmes opérées de polypectomie, stériles jusqu'alors, devenir enceintes ; nous avons énuméré aussi de nombreuses observations où l'on dut intervenir pour la dystocie que ces polypes provoquaient et il est souvent arrivé que les femmes continuaient alors leur grossesse sans encombre.

Faut-il rappeler que l'évolution de ces tumeurs peut aboutir à la formation de ces énormes cavités fibro-kystiques à contenu hématique, quelquefois purulent, dont Bouilly a rapporté plusieurs exemples, qui peuvent se rompre et déterminer une péritonite rapidement mortelle ?

Faut-il aussi redire que ces polypes peuvent dégénérer et subir la transformation maligne, déterminer des accidents d'occlusion aiguë qui ont entraîné la mort avant même qu'on ait pu intervenir, être la cause d'annexite concomitante, enfin et surtout être le siège de phénomènes de torsion chronique ou rapide, avec toutes ses conséquences : détachement du polype qui va flotter dans l'abdomen ou se greffer sur les anses intestinales aux dépens desquelles il se nourrit, gangrène de la tumeur, hémato-cèle rétro-utérine,

torsion simultanée de l'utérus sur son axe, accidents péritonitiques des plus graves?

On le voit donc, il y a de suffisantes et absolues indications de la polypectomie : le volume de la tumeur n'est pas ce qui doit guider, mais bien plutôt la symptomatologie très diverse et les complications. Nous dirons même qu'il y a intérêt majeur à extirper ces polypes d'autant qu'ils sont petits, car c'est abriter l'avenir, c'est éviter la multiplication.

Ces productions, sans être considérables, entretiennent un état congestif de l'utérus éminemment propice au développement polynucléaire fibreux : nous avons cité, du reste, des cas où la polypectomie a été suivie d'une diminution considérable de volume de l'utérus; il se fait dans cet organe une involution qui se produit toutes les fois qu'on le débarrasse d'un contenu anormal et pathologique.

Par contre, nous n'entrevoions guère les contre-indications de la polypectomie, en dehors des cas qui ressortissent, sans discussion, à une opération radicale. Ce n'est pas l'épaisseur du pédicule qui devra y faire renoncer, puisqu'on a pu enlever des polypes à pédicule fort volumineux sans ouvrir la cavité utérine; et même, sans cette condition, on peut la tenter : Demons⁴⁷ (de Bordeaux), en 1894, a pratiqué dans un cas l'évidement de l'utérus au niveau de l'insertion pédiculaire, il ouvrit la muqueuse; il en fut quitte pour suturer l'utérus en plusieurs étages et à terminer par une suture séro-séreuse. Ce n'est pas encore le nombre des polypes, puisque nous avons montré que plusieurs chirurgiens avaient fait une triple, une quadruple polypectomie sur le même utérus. Ce n'est pas aussi l'énorme volume de ces tumeurs qui peuvent être polykystiques, puisque nous avons vu Bouilly pratiquer leur seule ablation dans les conditions les plus difficiles; Potherat a enlevé un polype qui ne pesait pas moins de 9 kilogrammes. Ce n'est pas non plus l'état de gravidité utérine, puisque nous avons vu des grossesses poursuivre leur cours dans de meilleures conditions. Ce n'est pas toujours l'état des annexes, puisqu'on a pu parfois se contenter d'une castration unilatérale et réaliser une chirurgie conservatrice suffisante des fonctions utéro-annexielles. Ce n'est même pas enfin l'état général des malades, puisque Doyen rapporte au Congrès d'Amsterdam de 1899, l'observation d'une polypectomie chez une femme atteinte d'hydrothorax, d'ascite, d'albuminurie, de phéno-

mènes néphritiques très inquiétants, et qui vit tous ces accidents disparaître après l'ablation d'un gros polype abdominal adhérent.

A côté des chirurgiens qui, dans ces dernières années, ont préconisé, avant tout et toujours, l'hystérectomie abdominale totale, Quénu⁴⁹, en 1895, avec une observation intéressante à l'appui, a dit qu'il valait mieux recourir, dans certains cas, à des interventions moins mutilatrices. Ricard⁵⁰, en 1899, dans son rapport au Congrès français de chirurgie, fait une place à part pour les opérations conservatrices, et demande le respect absolu de l'utérus lorsqu'il s'agit de fibromes sous-péritonéaux plus ou moins pédiculés.

Cependant, certains auteurs donnent des résultats discutables. Dans sa thèse d'agrégation, Vautrin⁵¹, en 1886, donne une proportion de 25 p. 100 de mortalité concernant surtout les polypes à pédicules épais. Il n'y a pas à tenir compte de cette période déjà ancienne où la méthode aseptique n'était qu'embryonnaire.

Plus près de nous, en 1897, Olshausen⁵² donne une statistique de 95 observations de polypectomies avec une mortalité de 19 p. 100 : il est vrai que cette statistique porte sur une période de 20 années. Cependant, Olshausen n'entrevoit pas l'ablation des myomes pédiculés comme aussi bénigne que l'affirme la majorité des auteurs ; car, si, dans les premières années de sa statistique, on peut incriminer le manque d'aseptie, il n'en est pas moins avéré que, dans une série de 39 cas appartenant à la période de 1893 à 1896, il y a eu encore 5 décès. Pour Olshausen, l'énucléation des fibromyomes volumineux semble à peine plus dangereuse, puisque sur 38 cas, il n'a perdu que 3 malades.

En 1898, Delagénère⁵³ dit que la polypectomie est fatalement restreinte « et le deviendra de plus en plus à mesure que l'hystérectomie abdominale totale prendra de l'extension ». Il donne la préférence à cette intervention radicale dans le cas où le pédicule est vasculaire et où une hémorrhagie post-opératoire est à redouter ; il conserve la polypectomie pour les cas où l'utérus ne contient aucun autre noyau fibreux dans ses parois.

Nous sommes persuadé que Delagénère n'en sera pas resté à cette formule quelque peu arriérée actuellement, puisqu'il est venu défendre, au dernier Congrès international, la chirurgie bien plus aléatoire, bien plus conservatrice (car elle conserve par trop les fibromes en même temps que l'utérus) des ligatures atrophiées. La question de la présence d'autres fibromes dans la matrice a perdu

de son importance contradictoire de la polypectomie, puisque l'on peut compléter celle-ci par une énucléation abdominale, voire aussi par la méthode atrophiante, comme Delagénère l'indique d'ailleurs lui-même quand il parle des ligatures.

Nous terminerons ce chapitre des indications en ajoutant que, si la plupart du temps la polypectomie abdominale est l'opération de choix pour l'ablation des fibromes sous-séreux pédiculés, on pourra, avec plus d'avantages encore, opter pour la voie vaginale, quand il s'agira de polypes abdominaux implantés sur la paroi postérieure de l'utérus, facilement diagnostiqués, explorés par le vagin, et par suite, aisément opérables par cœliotomie vaginale postérieure. Nous reviendrons sur ce sujet quand nous traiterons des opérations conservatrices par la voie vaginale.

ÉNUCLÉATIONS ABDOMINALES

PAR INCISIONS TRANS-UTÉRINES

pour fibromes interstitiels, sous-péritonéaux sessiles,
sous-muqueux sessiles.

1. — DÉFINITION. SYNONYMIE

L'énucléation abdominale est l'ablation par voie transpéritonéale des *corps fibreux interstitiels* et *sous-péritonéaux sessiles* en incisant l'utérus sur une de ses faces, le plus souvent l'antérieure, ou sur la saillie du fibrome lui-même. On a dit que c'était « une opération césarienne sur un utérus non gravide », mais, bien que la comparaison soit de prime abord séduisante, elle n'est point tout à fait exacte, car dans l'énucléation abdominale on pénètre rarement dans la cavité utérine, ou du moins on doit éviter de l'ouvrir autant que possible, bien que cela soit parfois nécessaire.

Le but de cette opération est conservateur : on s'attaque au fibrome en respectant les organes génitaux internes.

On l'appelle encore *énucléation sous-péritonéale* ou par laparotomie, *énucléation intra-péritonéale*, *myomotomie intra-péritonéale*, *hystérotomie*, etc.

Les Américains lui ont donné le nom de *myomectomie abdominale*, ou de *fibro-myomectomie*, ce qui prête à confusion. On doit réserver avec juste raison, d'après Pierre Delbet¹, cette dernière appellation à l'ablation des corps fibreux sous-péritonéaux « implantés sur le corps utérin par un large et très court pédicule et qu'on enlève par la résection avec une partie du tissu utérin ».

Quelques auteurs enfin la désignent, très à tort, sous le nom d'*hystérectomie abdominale*, ce qui est faux d'abord, et ce qui la fait confondre avec l'hystérectomie supra-vaginale ou totale.

II. — HISTORIQUE

Au début, la fibro-myomectomie ne fut pas une opération préméditée : elle fut même le résultat d'erreurs de diagnostic. Il arriva à plusieurs chirurgiens d'entreprendre une laparotomie pour kyste de l'ovaire : ils se trouvèrent en présence de fibromes, et n'osant s'aventurer dans une entreprise opératoire incertaine et non réfléchie à l'avance, ils n'allèrent pas plus loin et se contentèrent de refermer l'abdomen. C'est ainsi que se trompèrent et qu'agirent *Lizars*² (1825), *Dieffenbach*³ (1826) les premiers, plus récemment *Atlee*⁴ (1851), puis ensuite *Baker-Brown*, *Cutter*, *Deane*, *Mussey*, *Smith*⁵, etc.

Cependant, quelques chirurgiens tentèrent l'*extirpation de fibromes sous-péritonéaux pédiculés*. Parmi eux *Granville*⁶ (1837) subit un échec, mais *Atlee* et *Lane*⁶ (1844) furent plus heureux.

A peu près à la même époque, en 1843, *Clay* et *Heath*⁷, les premiers, allèrent jusqu'à pratiquer l'*amputation partielle de l'utérus*. En 1853, *Burnham*⁷ les imitait.

Mais quelques années après, le traitement chirurgical des fibromes par voie abdominale s'engage nettement et définitivement dans une autre direction, et, de plus en plus perfectionné, il devient en même temps de plus en plus mutilateur, en passant par les procédés de ses promoteurs : *G. Kimball*⁸ (1855), *Kœberlé*⁹ (1864), surtout *Péan*¹⁰ (1869), *Pozzi*¹¹, dans sa thèse d'agrégation (1875) sur « la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux » ; puis par les procédés d'hystérectomie supra-cervicale à pédicule externe, à pédicule rentré, avec traitement mixte ou rétro-péritonéal du pédicule ; par l'hystérectomie totale, selon le procédé de Martin ; par l'hystérectomie abdomino-vaginale de Péan ; enfin, par les diverses techniques employées de nos jours de l'hystérectomie abdominale totale ou sub-totale (procédés de Doyen (1894), de Ricard, Delagénère (1894), Richelot (1895), Routier, Faure (1896), procédé américain modifié par Segond (1897), etc.), toutes techniques avec leurs diverses et petites variantes dues à Terrier, Pozzi, Bouilly, Poirier, Tuffier, Jonnesco, Goullioud, Moulouguet, Delaunay, Fedorow, Stapler, etc.

Cependant, après la première phase, déjà fort lointaine, d'incer-

titude chirurgicale vis-à-vis des fibromes, phase des erreurs diagnostiques, des opérations incomplètes et timorées, parallèlement à la longue et grande évolution de l'hystérectomie abdominale avec tous ses modes, se produisait un mouvement bien plus restreint, manifesté, par intervalles, par des tentatives isolées d'ablation des fibro-myomes seuls sans enlever la matrice.

C'est ainsi que *Spencer Wells*¹², le 12 janvier 1863, fait, pour la première fois, l'énucléation par voie abdominale d'un fibrome de l'utérus. En 1874, *Spielgelberg*¹³ énucléa aussi un fibrome par l'abdomen : il draina la loge déshabitée de la tumeur, referma le ventre, et sa malade succombait deux semaines après des suites d'une péritonite septique.

En 1878, le professeur *Martin*¹⁴ (de Berlin) fait au Congrès de Cassel une communication importante à ce sujet. A partir de cette époque il entreprend une série d'énucléations abdominales, et l'on peut dire que c'est lui surtout qui a préconisé et bien réglé cette opération transpéritonéale, aussi la nomme-t-on souvent : « opération de Martin ». C'est, de *propos délibéré*, qu'il entreprit l'énucléation d'un fibrome sous-muqueux qu'il ne parvenait pas à enlever par le vagin. Ce fut un premier succès, à la suite duquel, partisan convaincu de cette méthode, il publia des statistiques successives. Au Congrès de Magdeburg, en 1884, il rapportait 8 cas d'énucléation abdominale ; en 1890, il produisait une série de 96 cas ; en 1893, il donnait une statistique déjà considérable puisqu'elle s'élevait à 141 opérations de ce genre, à la suite desquelles, les malades ayant été revues longtemps après, il n'eût que 4 récurrences. Martin ne redoutait pas l'ouverture de la cavité utérine. Sur sa statistique de 1890, qui porte sur 96 cas, 24 fois l'utérus fut ouvert (il y eut 8 morts), 72 fois la cavité utérine fut respectée (10 morts). Il fermait la plaie utérine avec du catgut, et ce n'était que dans le cas où l'utérus contenait d'autres fibromes inextirpables qu'il se résolvait à pratiquer la castration. Ces énucléations avec ouverture du canal utérin présentaient une certaine analogie avec l'opération césarienne réhabilitée par Sænger.

En Allemagne, à la suite de Martin, en 1882, *Mœricke*¹⁵ fait une énucléation transpéritonéale. *Schræder*¹⁶, en 1883, à la Société de gynécologie de Berlin, montre un fibrome très volumineux enlevé par ce procédé, et publie par la suite d'autres exemples analogues avec guérison. *Kustner*¹⁷, en 1884, obtient un succès dans un cas

de ce genre. En 1885, *Hager*¹⁸ enlève aussi un fibrome pesant 1 750 grammes, chez une femme de 23 ans; *Nagel*¹⁹ et *Czempin*²⁰ en rapportent des faits la même année; également *Leopold*²¹ (de Dresde), à la Société obstétricale de Dresde, cite une observation dans laquelle il ouvrit la cavité utérine et, par crainte de l'infection, fixa le moignon suturé à la plaie abdominale; il rapporte un autre fait de tumeur, en partie calcifiée, et grosse comme une tête d'adulte. En 1887, *Veit*²² (de Berlin) énuclée un fibrome gros comme une tête d'adulte. En 1888, *E. Frænkel*²³ (de Breslau) rapporte une observation suivie également de succès. La même année *H. W. Freund*²⁴ (de Strasbourg) enlève, par énucléation, 3 fibromes chez la même malade: il préconise l'incision systématique de la muqueuse utérine afin de drainer à travers l'utérus et le vagin. En 1889, *Leiter* cite, dans sa thèse inaugurale, 3 énucléations abdominales dues à Schultze (d'Iéna) avec 3 guérisons. En 1890, *Ascher*²⁶ (de Berlin) publie une statistique de 10 énucléations avec 9 guérisons et un décès chez une femme enceinte qu'il opéra à la dernière extrémité: 3 de ses cas, guéris, concernent des fibromes gros comme une tête d'adulte: une fois le fibrome remontait à l'ombilic; une fois aussi la femme devient enceinte trois ans après et mena sa grossesse à terme parfaitement; il n'a observé aucune récurrence. A la même époque, *R. Bukowsky*²⁷ (de Hambourg) opère et guérit une jeune vierge par l'énucléation d'un fibrome qui dépassait l'ombilic. En 1894, *Simon Jules*²⁸ (de Munich) rapporte un fait suivi de guérison. En 1895, *Muller*²⁹ guérit, par ce procédé, une jeune femme de 25 ans qui devient enceinte un an après, a une grossesse normale et accouche d'un enfant de 2 700 grammes; *Olshausen*³⁰ présente une série de 38 énucléations avec 3 décès; il évite d'ouvrir la loge du fibrome sur la cavité utérine et ne draine pas: une fois seulement il lui arriva de passer à travers la muqueuse de l'utérus qu'il sutura immédiatement. En 1896, *Blum*³¹ (de Leipzig) a une statistique de 9 succès et d'une mort chez une femme de 64 ans où il suppose avoir eu affaire à un sarcome. En 1897, *Biernner*³² (de Bonn) énuclée un énorme fibrome chez une femme de 40 ans, enceinte: la grossesse poursuit son cours et arrive à terme. En 1899, *Amann Junior*³³ (de Munich) cite un cas personnel très curieux: il opère une femme mariée et stérile depuis 8 ans: peu après l'énucléation, elle devient enceinte, mais fait une fausse couche; puis elle redevient enceinte et accouche à terme normale-

ment; enfin elle devient enceinte pour la troisième fois. En 1900, le professeur *A. Martin*³⁴ (de Greifswald), au XIII^e Congrès internationale de médecine tenu en août à Paris, plaide en faveur de la chirurgie conservatrice et rapporte ses résultats d'énucléation abdominale avec une mortalité proportionnelle de 4 pour 100. Mais il penche en faveur de la voie vaginale.

*En Hollande, Hector Treub*³⁵, au III^e Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Amsterdam en août 1899, communique une heureuse statistique de 10 cas et déclare que : l'énucléation abdominale est une excellente opération que ne contre-indiquent ni le volume des tumeurs, ni même l'ouverture de la cavité utérine. Ce même chirurgien avait déjà, en 1885, pratiqué une myomectomie avec conservation de l'utérus pour un fibrome qui pesait 2 kilogrammes.

*En Autriche, Albert*³⁶ (de Vienne), en 1888, publie 4 cas d'énucléation de fibromes de la paroi antérieure de l'utérus, sans ouvrir la cavité muqueuse : il fait l'hémostase temporaire par une ligature élastique serrée autour de la matrice et, s'il y a lieu, il pratique la marsupialisation de la loge du fibrome à la paroi abdominale. *Bandl*³⁷ (de Vienne) fait, la même année, l'énucléation d'un énorme fibrome remontant jusqu'au diaphragme; sa malade guérit, et revue quatre ans après, elle n'a pas récidivé. En 1894, *Chrobach*³⁸ (de Vienne) a une heureuse série de 9 guérisons sur 9 opérations. En 1895, *Schauta*³⁹ (de Vienne) publie une statistique de 18 énucléations avec 2 décès : l'un dû à la septicémie, l'autre à une hémorrhagie post-opératoire. Ce même chirurgien présente, en août 1899, un rapport sur le traitement chirurgical des fibromes : il cite 25 cas d'énucléation abdominale avec 5 décès, soit une mortalité de 20 p. 100, et il ne paraît pas très partisan des énucléations en général qui doivent être réservées absolument, d'après lui, à quelques cas spéciaux, « par la raison que, la plupart du temps, les myomes sont multiples, que ces sortes d'opérations ne sauraient en conséquence fournir que rarement un résultat définitif et, qu'en outre, elles ne paraissent pas moins dangereuses que les opérations radicales avec ablation de l'utérus. En 1897, *Schultze*⁴⁰ (de Buda-Pesth) relate une énucléation abdominale sur un utérus gravidique : la grossesse poursuit son cours et arrive à terme.

*En Suisse, Kræenlein*⁴¹ (de Zurich) rapporte, en avril 1890, au XIX^e Congrès de chirurgiens allemands tenu à Berlin, un cas très

intéressant de résection étendue du fond de l'utérus qui donnait insertion à un gros fibro-myome sous-séreux sur une large base. La malade guérit, eut une grossesse et un accouchement normaux un an après, suivis d'autres grossesses heureuses. En 1894, *Vulliet*⁴² (de Genève), au VIII^e Congrès français de chirurgie tenu à Lyon, sur une statistique de 28 opérations abdominales pour fibromes, cite un cas d'énucléation abdominale, mais sa malade récidiva et dut subir une hystérectomie abdominale consécutive.

En Russie, *Gelström*⁴³ (de Moscou), en 1883, enlève à une femme vierge de 20 ans, par énucléation, un fibrome gros comme une tête d'adulte. *Otto Engstrøm*⁴⁴ (d'Helsingfors) est un de ceux qui ont le plus pratiqué cette opération : au Congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Bruxelles en 1892, il présente une statistique de 21 énucléations abdominales, une autre de 100 cas en 1897, enfin une dernière qui comprend une statistique imposante de 180 cas au Congrès d'Amsterdam, en août 1899. Ces énucléations ont été faites suivant le procédé d'Auguste Martin le plus souvent. Dans cette importante série il a eu affaire aux tumeurs les plus variées, tant au point de vue de la grossesse et du nombre, qu'au point de vue de leur disposition et de leur vascularisation. Dans 63 cas, la tumeur était solitaire, dans 37 autres, il y avait des noyaux multiples, en général de 2 à 5, une fois 22. Le volume des fibromes enlevés a varié de celui d'une noisette à une tête d'homme. Il s'agissait souvent d'utérus mobiles, mais il y eut certains cas avec adhérences d'origine inflammatoire avec la vessie, l'intestin, la paroi abdominale. La mortalité, assez faible, a été en moyenne de 5 p. 100. Dans 4 de ses observations, Engstrøm a vu la grossesse survenir quelque temps après l'intervention. En 1895, *Werder*⁴⁵ (de Pittsburg) pratique une énucléation abdominale chez une femme qui guérit, devient enceinte et accouche d'un enfant vivant à terme. En 1897, *J. M. Lwoff* se prononce pour la chirurgie conservatrice et les énucléations abdominales à la place de l'hystérectomie abdominale totale : il est surtout, comme nous le dirons plus tard, partisan de la voie vaginale.

En Angleterre, *Thomas Keith*⁴⁶, en 1887, dans un article paru dans le *British medical Journal*, à propos de considérations sur les « méthodes anciennes et nouvelles du traitement des fibromes utérins », après avoir parlé de l'hystérectomie supra-vaginale, s'exprime ainsi concernant l'énucléation : « C'est une opération

longue, délicate, difficile, exigeant un savant maniement des ciseaux, une grande patience, un grand soin et requérant la plus rigoureuse antiseptie. Mais quand elle est possible, elle donne la moindre mortalité. » *Alfred Smith*⁴⁷, à l'Académie de médecine irlandaise, en 1898, présente une statistique de 100 laparotomies avec 2 énucléations abdominales. Également en 1898, *William Alexander*⁴⁸, *Bland Sutton*⁴⁹ et *Smily*⁵⁰ en citent des cas. Au Congrès d'Amsterdam d'août 1899, *Alexander*⁵¹ (de Liverpool), *Sinclair*⁵² (de Manchester), *Gilles*⁵³ (de Londres) s'accordent à considérer, malgré les statistiques actuelles, une gravité encore très sérieuse à l'hystérectomie abdominale et se montrent partisans de la simple énucléation qui leur a donné de beaux résultats pour les fibromes sous-péritonéaux.

En Amérique, *Howard Kelly*⁵⁴ (de Baltimore), à partir de 1892 principalement, se fait le grand promoteur de cette méthode. Au Congrès d'Amsterdam de 1899, *J. M. Baldy*⁵⁵ (de Philadelphie), nommé rapporteur, dit que H. Kelly a fait 97 énucléations abdominales sans aucun décès durant ces 7 dernières années, qu'il a eu 3 récidives parmi les malades qu'il a revues. Dans un cas, Kelly aurait enlevé 17 noyaux dans une intervention de ce genre. *Stavely*⁵⁶ (de New-York) rapporte 2 cas appartenant à Kelly, dans lesquels les femmes avaient un utérus gravide, l'une de 2 mois, l'autre de 3 mois : cependant la grossesse continua après l'énucléation et les malades accouchèrent à terme d'enfants vivants. Baldy ne paraît pas, dans son rapport, partager bien chaudement l'enthousiasme de H. Kelly : il est plutôt radical ; il croit que Kelly a plus de récidives qu'il ne le déclare, car il s'agit dans la statistique de Kelly surtout de malades d'hôpital ; il est donc probable qu'il ne les connaît pas toutes. D'ailleurs Baldy semble avoir des tendances malthusiennes, car il avoue qu'il ne partage pas du tout l'opinion générale « qui veut que la femme n'ait pour but que d'avoir des enfants. La première condition pour une femme, dit-il, c'est d'être en bonne santé, la deuxième d'avoir des enfants. La femme doit être bien portante : c'est le premier devoir qu'elle ait à remplir envers l'État, envers elle, envers sa famille ».

En 1894, au III^e Congrès triennal des médecins et chirurgiens américains tenu à Washington, un mouvement en faveur de la chirurgie conservatrice, dans le cas de fibromes, se dessine très nettement avec *Polk*⁵⁷ qui conseille les ligatures, les myomec-

tomies, les énucléations abdominales ou vaginales dans les variétés de fibromes qui en sont justiciables, avec *William Goodel*⁵⁸ qui plaide en faveur de la conservation de la fonction menstruelle et de la possibilité de la fécondation, avec *Mathew Mann*⁵⁹ qui se réjouit fort d'une telle discussion, car il espère qu'elle mettra fin à la mauvaise réputation des gynécologistes qu'on regarde, cela vaut la peine de citer la phrase : « des sortes d'animaux armés d'un bistouri tournant autour des malades et guettant l'occasion de leur extirper les ovaires ! »

En 1894 encore, *Etheridge*⁶⁰ (de New-York) publie quelques cas sans récidue; *Dudley*⁶¹ (de Chicago) est très chaud partisan de la méthode : en deux ans, il fait 25 énucléations, toutes suivies de succès. En 1897, *P. Noble*⁶² (de Philadelphie) publie une série également.

En Italie, *Calderini*⁶³ (de Parme), au XI^e Congrès international de Rome (avril 1894), mentionne 2 énucléations faites par lui, avec conservation de l'utérus et des annexes d'un côté.

En France, le mouvement conservateur dans la chirurgie des fibromes ne commence qu'assez tard, et ce n'est que tout dernièrement qu'il semble devoir prendre des proportions importantes, car jusqu'ici c'est le traitement radical qui a absorbé presque toute l'attention des chirurgiens français, de telle sorte que ce sont eux qui ont apporté la plus grande part dans le perfectionnement de l'hystérectomie abdominale totale.

Dans sa thèse d'agrégation (Paris, 1886) « sur le traitement chirurgical des myomes utérins », *Vautrin*⁶⁴ n'oublie point de parler de la myomectomie simple pour les fibromes même à large pédicule, et cite également l'énucléation pour les myomes interstitiels encapsulés, énucléation « dont toute la difficulté, dit-il, réside dans la position et les connexions de la tumeur ».

C'est *Jaboulay*⁶⁵ (de Lyon) qui, en 1889, fait le premier, à ce qu'il semble, l'énucléation abdominale pour fibromes. Sa première observation concerne une malade chez laquelle il extirpa 9 fibromes interstitiels.

En 1890, à la Société de chirurgie de Paris, *Bouilly*⁶⁶ fait une communication sur l'ablation des fibromes utérins par *hystérotomie* abdominale. Cette observation vaut d'être résumée : Il s'agissait d'une femme de 48 ans, presque exsangue, ayant des métrorrhagies abondantes, dues à la présence d'une tumeur qui remontait

au-dessus de l'ombilic et qui remplissait presque tout le vagin. Le morcellement par la voie vaginale ne paraissait pas favorable, l'hystérectomie abdominale semblait impossible. Bouilly fit une laparotomie et une véritable opération césarienne. L'incision fut faite longitudinale, sur la paroi antérieure de l'utérus. L'énucléation fut poursuivie rapidement : la coque utérine était très mince du côté de l'abdomen. L'extraction du fibrome ne pouvait s'achever parce qu'il était étranglé au niveau de l'isthme où il continuait en un bloc vaginal. Bouilly sectionna la tumeur à ce niveau et retira la portion restante par le vagin. La cavité utérine évacuée se rétracta rapidement et redevint d'un volume normal. Les parois utérines furent suturées par 16 points à la soie, et la solidité de la suture éprouvée au moyen d'une injection. L'utérus fut réduit dans l'abdomen. Il n'y eut pas d'accidents post-opératoires et la malade sortit guérie le 20^e jour.

A l'occasion de la communication de Bouilly, *Marchand*⁶⁷ déclare que, pour que cette opération soit possible, il faut que la tumeur soit encapsulée : dans 2 cas, il lui fut impossible, sur la table d'autopsie, d'isoler le fibrome du tissu utérin. *Terrillon*⁶⁸ dit qu'il a fait déjà la myomotomie intra-utérine comme Bouilly.

En 1891, *Chevrier*⁶⁹ (d'Ottawa, Canada) lit à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, à la séance de janvier, un long mémoire sur « l'énucléation des fibro-myomes utérins par voie abdominale; ses avantages sur l'hystérectomie supra-vaginale », mémoire paru la même année dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*. Élève de *Dolérès*, il y déclare que son maître a publié 3 ans auparavant, c'est-à-dire en 1889, le premier cas d'énucléation abdominale en France. Il rapporte une statistique de 6 cas opérés par *Dolérès*, suivis de guérison, sans récurrence. « L'énucléation est, dit-il, un procédé logique, car il sera toujours vrai que le meilleur traitement d'une tumeur est de l'enlever. La *décapsulation* présente, en outre, ceci de spécial, qu'elle n'enlève que le tissu morbide et respecte tout ce que le processus pathologique n'a pas touché. » Plus loin, il ajoute : « L'énucléation doit être préférée, surtout dans les cas de petits et de moyens fibromes sous-muqueux ou interstitiels. L'énucléation abdominale n'est pas de pratique courante, mais nous croyons, confiant dans l'avenir de la chirurgie conservatrice, qu'avec sa statistique de 16 pour 100 de mortalité seulement (!) et de 2 pour 100 de récurrence, elle est

appelée certainement à prendre une place plus considérable dans la gynécologie. » Comme on le voit, Chevrier, qui d'ailleurs, plaide une bonne cause, a une si pleine confiance dans cette méthode de l'avenir, qu'une léthalité comme celle qu'il indique lui paraît fort légère. Nous sommes devenus, heureusement, plus exigeants.

En dehors des cas publiés par Chevrier, *Doléris*⁷⁰ publie lui-même 2 autres observations avec guérison, dans ses *Archives d'obstétrique et de gynécologie*.

En 1893, *Jaboulay*⁷¹ produit 2 nouvelles observations dans la *Médecine moderne*. La même année, au VII^e Congrès français de chirurgie tenu à Paris en avril, le traitement des fibromes est à l'ordre du jour. On y discute encore la castration qui semble perdre du terrain et surtout la question de l'hystérectomie vaginale, de l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe, de l'hystérectomie abdominale totale considérée alors comme très grave (Bouilly, Richelot, Reynier, Bœckel, Jacobs, Le Bec, Chaput, Duret, Dubourg, Reverdin, Schwartz, Routier, Guinard, Vautrin, Largeau). Notre maître *Pozzi* relate, à ce sujet, un cas intéressant de tentative de chirurgie conservatrice : pour un fibrome qui déterminait surtout des accidents redoutables de compression, il combina la castration avec une myomectomie partielle, suivie de laparo-hystéropexie de l'utérus fibromateux : les accidents disparurent. *Queyrel* (de Marseille) parle d'un gros fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, pour lequel il fit l'opération de A. Martin, c'est-à-dire l'énucléation avec suture de la poche. Mais la malade revint un an après, récidivant : *Queyrel* lui trouva un utérus bourré de fibromes et il dut faire une hystérectomie abdominale secondaire qui fut très laborieuse. A ce même congrès, *Potherat* en cite quelques cas. Mais ces faits passent inaperçus ou, du moins, on ne leur attribue que l'importance d'exemples particuliers, sans insister sur ce qu'ils comportent au point de vue général de la méthode conservatrice.

En 1895, à la Société de chirurgie de Paris, d'avril à juillet, on agite surtout la question de l'hystérectomie abdominale totale pour laquelle on abandonne presque tout à fait les procédés à pédicule (Richelot, Ricard, Routier, Lucas-Championnière, Delagénière). On y discute la question du drainage ou non par le vagin et les procédés à adopter. Cette discussion qui, au premier abord, paraît être en dehors de notre sujet, nous intéresse pourtant, car nous voulons

indiquer les lignes générales du traitement chirurgical des fibromes dans ces toutes dernières années, montrer la filiation de cette chirurgie, visant, tout d'abord, au radicalisme le plus absolu, pour aboutir cependant à des tendances moins mutilatrices. Il est un point que nous retiendrons dans cette discussion sur l'hystérectomie abdominale totale : c'est que pour rendre son manuel opératoire plus facile certains chirurgiens font l'énucléation d'un ou plusieurs fibromes pour réduire le volume de la masse. C'est ainsi que *Ricard*, entre autres choses, dit : « Au cours de l'opération, si le fibrome est trop volumineux, je n'hésite pas à le *morceler*, ne conservant qu'un pédicule utérin plus facile à manier. » D'autre part, *Richelot*, lui aussi, s'exprime à peu près en ces termes : « Dans l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome du segment inférieur de l'utérus, avant de placer les pinces, je conseille de sectionner l'utérus sur la ligne médiane pour éviter les hémorrhagies, pénétrer dans la loge du fibrome et l'enlever : l'utérus s'affaisse et rien n'est plus facile alors que de poser les pinces sur le ligament large. » Comme on le voit, il y a là le début d'un acheminement, sinon à l'indication de la chirurgie conservatrice, du moins aux procédés d'énucléation des fibromes par la voie abdominale : c'est pour cela que nous avons tenu à signaler cette discussion de la Société de chirurgie dont les conséquences ne vont pas se faire attendre.

La même année a lieu d'abord le Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie tenu à Bordeaux en août : on y parle toujours des différentes améliorations à apporter à la technique de l'hystérectomie abdominale, mais pas encore de chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes.

En octobre, se tient, à Paris, le IX^e Congrès français de chirurgie : Le Bec, Moulonguet, Delaunay y viennent plaider pour des procédés personnels nouveaux, ou mieux pour des variantes des procédés primordiaux, et *Péan*, après des considérations générales sur les fibromes, vient prononcer la parole d'éclectisme qui nous paraît donner la note juste de la thérapeutique opératoire des fibromes ; la voici en substance : « Mes remarques sont basées sur une expérience que je puis qualifier de très étendue, et c'est parce que j'ai traité un grand nombre de cas différents que j'ai vu l'inanité de l'opinion de ceux qui pensent qu'un unique procédé peut suffire à tous. L'expérience m'a démontré, au contraire, qu'il fallait plier

l'intervention chirurgicale aux circonstances essentiellement différentes que peut rencontrer la pratique. »

Évidemment, cette conception d'un homme tel que Péan, qui a rénové et créé toute une technique opératoire, qui a vu, suivi et opéré une immense quantité de fibromes, comprend à côté de la chirurgie la plus radicale, la chirurgie conservatrice soit par des procédés abdominaux ou vaginaux.

Comme nous le disions un peu plus haut, le mouvement en faveur de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes, d'abord en latence pour ainsi dire, finit par s'affirmer nettement, et c'est *Témoin*⁷² (de Bourges), en 1896, qui a eu le mérite de s'engager très nettement dans cette voie d'une manière systématique, lorsque les cas qui s'offraient à lui étaient justiciables d'une telle méthode. Il publia ses premières observations d'ablation des fibromes avec conservation de l'utérus dans un article des *Archives provinciales de chirurgie*. A la séance du 4 mars 1896 de la Société de chirurgie, il relate 30 cas de fibromes utérins qu'il a extirpés en laissant la totalité ou la presque totalité de l'utérus. Sur ce nombre, il a eu 29 guérisons. Plusieurs fois, il s'agissait de femmes jeunes qui ont pu continuer à être réglées; 4 fois il s'agissait de fibromes pédiculés, 21 fois de fibromes pesant de 3 à 18 kilogrammes. Au X^e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris en octobre, *Témoin* rapporte 4 observations intéressantes d'énucléation : il fit l'hémostase temporaire par la pression des ligaments larges au moyen de pinces à mors garnis de caoutchouc : dans 2 cas, il y avait plusieurs fibromes dans le même utérus et chaque cavité a été traitée isolément. Dans 3 cas, l'utérus et les annexes furent conservés complètement, chez une 4^e opérée il dut sacrifier la corne utérine gauche. Ces 4 malades guérirent et n'eurent pas de troubles menstruels consécutifs. *Témoin*, déjà, se pose en fervent de la chirurgie conservatrice, mais presque uniquement par la voie abdominale, même pour les petits fibromes. Au même Congrès, si *Témoin* est le seul à parler de la chirurgie conservatrice, la question de l'hystérectomie abdominale fleurit toujours : on discute sur les procédés de Doyen, de Delagénière et les sous-procédés de l'hystérectomie abdominale ou totale, ou supra-vaginale ou sub-totale (Terrier, Poirier, Monprofit, Goullioud, Pantaloni, etc.). Ricard, en constatant le chemin parcouru par l'hystérectomie abdominale totale, conclut que « cette opération, qui a conquis dès aujourd'hui

son droit de cité, est pour les fibromes l'opération que l'avenir rendra classique ». Parole dont la portée était un peu trop généralisée peut-être, au moment précis où s'esquissait une renaissance de la chirurgie conservatrice à laquelle, du reste, ce même chirurgien ne tarda pas à participer brillamment. L'hystérectomie abdominale totale est déjà une opération classique, mais elle n'est point destinée à être la seule classique : elle est même destinée à devenir l'intervention pour fibromes très volumineux ou compliqués, par conséquent à se limiter de plus en plus dans ses applications. De même qu'en 1895, à la Société de chirurgie, Richelot et Ricard avaient parlé de morceler ou d'énucléer les fibromes, principalement ceux du segment inférieur, pour faciliter l'hystérectomie abdominale, de même à ce Congrès de 1896, *Routier* et *Pozzi* font la même recommandation, d'énucléer rapidement, comme temps préliminaire, par une incision sagittale de l'utérus, les gros fibromes enclavés dans le petit bassin, pour peu que le segment inférieur soit inaccessible. Ce conseil de Richelot, Ricard, Routier, Pozzi n'est pas d'ailleurs tout à fait nouveau : *Treub* l'avait donné il y a longtemps, et *Terrillon*, en 1890, à la Société de chirurgie recommandait dans les hystérectomies abdominales où le pédicule externe était extrêmement volumineux, de l'amoindrir en énucléant les parties restantes du fibrome. Toutefois, il y a là comme une ébauche de la méthode par énucléation abdominale pure.

En 1897, dans la 3^e édition de son magistral *Traité de gynécologie*, notre maître le *P^r Pozzi* consacre un chapitre important à l'énucléation abdominale. Il passe en revue les procédés de A. Martin, de Freund, etc. Mais il n'est guère partisan de la méthode qu'il réserve aux cas où la tumeur est unique ou prépondérante : « qu'elle soit formée par une masse simple ou agglomérée ou qu'elle soit interstitielle ou sous-muqueuse. Le plus souvent, il ne faut considérer l'énucléation que comme une simplification de la technique opératoire appliquée à certains cas déterminés. » Cependant, Pozzi a eu l'occasion de la pratiquer maintes fois dans sa longue carrière gynécologique, et si, depuis déjà longtemps, il n'est guère enthousiaste de cette méthode, il lui a rendu justice en la rappelant dans une discussion à la Société de chirurgie en 1890, sur le traitement des fibromes, où les orateurs la passaient complètement sous silence, absorbés qu'ils étaient par la valeur comparée de la castration et de l'hystérectomie abdominale avec traitement

extra ou intra-péritonéal du pédicule (Richelot, Bouilly, Terrillon, Terrier, Segond, Routier, Prengrueber, Lucas-Championnière).

La même année (1897), de juin à décembre, la Société de chirurgie s'occupe beaucoup de l'hystérectomie abdominale totale et surtout de certaines techniques opératoires : par exemple le procédé de Doyen, que Ricard juge en ces termes : « rapide, brillant, mais il s'adresse surtout aux fibromes simples, mobiles, sans enclavement, sans complication, à ceux en un mot qu'on aime à enlever en public ! » Cette appréciation est plutôt incisive : nous avons assisté souvent notre maître Pozzi pour des fibromes volumineux compliqués, opérés par procédé de Doyen et avec les meilleurs résultats. Par exemple encore, le procédé de Richelot, qui consiste dans l'ablation simultanée de l'utérus et des annexes, comme Delagénère l'avait recommandé en France, procédé que Segond appelle à juste titre : « un Doyen retourné ». Hartmann communique sa manière, lui aussi, et dit : « Ma méthode est mixte : je commence comme Doyen et je termine comme les Américains ! » (comme nous le voyons, cette discussion ne manque pas de gaieté). Segond fait connaître à la Société de chirurgie, puis dans un article de la *Revue de gynécologie* de Pozzi, le procédé américain de Kelly qu'il emploie de préférence, mais il rend pleine justice à l'originalité du procédé de Doyen. Pozzi raconte à ses collègues qu'il a vu à Chicago « un opérateur dont il tait le nom, car sa conscience professionnelle lui a paru inférieure à son habileté opératoire », extirper l'utérus sans pince et sans ligature, en un mot sans hémostase. Il en profite pour rappeler que, pour faciliter l'ablation de l'utérus, il est quelquefois indispensable d'énucléer les fibromes pour diminuer le volume de la matrice. Toujours en 1897, paraissent les thèses de notre excellent collègue *Diriart*⁷³ (de Pau) sur le procédé de Routier, de *Caboche*⁷⁴ sur le procédé de Doyen, avec quelques modifications, puis un article de *Faure*⁷⁵ dans la *Presse médicale*, sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale avec section médiane de l'utérus.

Toute cette discussion de la Société de chirurgie et ces publications que nous signalons, pensera-t-on, sont en dehors de notre sujet. Pas du tout, car nous avons eu l'intention d'en dégager les faits suivants : 1° que la chirurgie mutilatrice pour fibrome arrive à son apogée et que la technique opératoire dont elle se sert est près d'être parfaite ; 2° que cependant des voix commencent à indiquer

une légère réaction contre l'ablation totale de l'appareil génital interne; c'est ainsi que *Tuffier* déclare qu'il ne voit pas très bien pourquoi tous les opérateurs enlèvent systématiquement les ovaires et les trompes et qu'il ne croit pas que ces organes soient sans importance et d'utilité négligeable; il invoque, comme preuve, le mémoire très consciencieux de notre excellent ami *Jayle*⁷⁶ sur les effets physiologiques de la castration ovarienne, et il conclut à l'hystérectomie abdominale totale avec conservation annexielle dans tous les cas où elle n'entraînera pas des difficultés opératoires nuisant au succès de l'opération. *Reclus* vient appuyer fermement l'opinion de *Tuffier* : il ne croit pas utile d'extirper les annexes quand elles sont saines, dans le cas de fibrome; 3° *Faure*, dans le procédé qu'il invente de l'hystérectomie abdominale, par section médiane, s'appuie, entre autres considérations, sur la possibilité d'ouvrir l'utérus sur le milieu par une section à blanc : nous verrons qu'un peu plus tard *Tuffier* utilisera cette section sagittale non hémorrhagique (portant sur la paroi antérieure ou postérieure seulement) comme section exploratrice dans la recherche des noyaux fibreux, à enlever par simple énucléation; 4° *Caboche*, dans sa thèse, conseille, dans le cas où il y a difficulté à aborder le cul-de-sac de Douglas, obstrué par une portion du fibrome, et si on ne peut désenclaver la tumeur, d'énucléer le fibrome qui bouche la voie avant de continuer l'hystérectomie.

On le voit, l'idée des opérations conservatrices, ébauchée depuis quelque temps, déjà plus affirmée avec *Témoin*, poursuit son chemin lentement mais sûrement, à travers toutes les péripéties de la grande chirurgie radicale : elle se précise dans son but (conservation des annexes à cause de l'utilité réelle de la fonction ovarienne), elle s'esquisse dans son mode opératoire (par les énucléations auxiliaires de dégagement dans l'hystérectomie, par la section sagittale anémorrhagique).

Au XI^e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris, en octobre 1897, Terrier, Doyen, Jonnesco, etc., discutent toujours sur l'hystérectomie abdominale totale, tandis que *Monproft*⁷⁷ (d'Angers) vient faire une communication très intéressante sur la chirurgie conservatrice dans les fibromes; il dit, que pour sa part, il envisage moins la question au point de vue de l'exérèse totale de l'organe qu'au point de vue de la conservation, que les ablations totales « ne le satisferont jamais autant qu'une conservation de l'appareil

génital, et que nous avons, dans notre légitime recherche des meilleurs procédés opératoires, trop de tendance à mutiler définitivement avant d'avoir épuisé tous les moyens de conserver ». Monprofit se demande aussi quelle est la voie la plus sûre pouvant permettre la conservation de la matrice et des annexes, si cela paraît possible au cours d'une intervention que l'on avait commencée dans le but de faire une extirpation totale, et cette voie lui paraît être la voie abdominale plus que la voie vaginale, même pour les tumeurs moyennes et petites. *Hartmann* déclare aussi que la chirurgie actuelle pour fibrome est trop mutilante et qu'elle doit tendre à être conservatrice, et plus que Monprofit encore, il est partisan absolu de la voie abdominale dans tous les cas de fibromes, qu'ils soient gros ou petits.

En 1898, dans un article de la *Gazette des hôpitaux*, *Ricard*⁷⁸ passe en revue les indications opératoires dans les fibromes et les interventions à pratiquer, et il donne l'observation d'une première énucléation suivie de la grossesse avec accouchement à terme. *Delagénère*⁷⁹ publie son *Traité de la chirurgie de l'utérus*. Il y étudie les diverses techniques opératoires de myomotomies et d'énucléations abdominales, mais, malgré certaines statistiques récentes, il croit que ce sont là des opérations « pour le moins aussi graves que l'hystérectomie abdominale totale ». *Labadie-Lagrave* et *Legueu*,⁸⁰ dans leur *Traité de gynécologie*, décrivent les ablations de fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus, mais notre maître Legueu doute que ces opérations soient vraiment curatrices, et tout en reconnaissant leurs avantages, il admet qu'on doit les réserver à des fibromes *volumineux*, accessibles mais uniques, cette dernière condition étant indispensable.

En 1899, au III^e Congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Amsterdam en août, à côté de Doyen, rapporteur, qui passe très rapidement sur les opérations conservatrices, de Jonnesco qui n'admet guère que l'hystérectomie abdominale totale, etc., *Richelot*⁸¹, dans son rapport sur la valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire, n'oublie pas de dire que l'union de l'antisepsie et des progrès de la technique a donné un essor nouveau à la gynécologie conservatrice « en substituant maintes fois aux extirpations d'organes, une thérapeutique plus réservée et plus délicate. Grâce à elle, nous pouvons aujourd'hui au cours d'une laparoto-

mie, énucléer un fibrome de sa loge et respecter l'utérus... etc. ».

Au XIII^e Congrès français de chirurgie tenu à Paris en octobre, l'hystérectomie abdominale totale fait surtout les frais de la discussion : Terrier, Routier, Legueu, Faure, Delagénère, Monprofit, Phocas, Moulonguet, Jonnesco s'attardent à la description de leurs procédés et de leurs statistiques. Cependant, *Ricard*,⁸² rapporteur, consacre déjà une grande place aux opérations conservatrices à côté de l'hystérectomie totale. Il rapporte 3 nouvelles observations d'énucléation, dont une chez une vierge de 26 ans, avec 3 guérisons. Il pense que la « myomectomie trans-utérine » doit avoir sa place dans la chirurgie gynécologique ; mais dans ces opérations conservatrices il est partisan seulement, uniquement, de la voie haute parce qu'éminemment exploratrice. A ce même congrès, Tuffier et Hartmann sont pour la conservation des ovaires dans l'hystérectomie abdominale totale ; et *Legueu* dit qu'il tente le plus souvent la voie abdominale, car si c'est possible, il se contente de l'ablation du seul fibrome.

Cette même année, *Blanc*⁸³ rapporte, dans la *Loire médicale*, une observation très intéressante d'ablation, par énucléation abdominale, de 7 fibromes chez la même malade : la plus grosse de ces tumeurs avait le volume d'une tête d'enfant de 2 à 3 mois ; Blanc a trouvé moyen, dans ces énucléations multiples, de respecter la muqueuse utérine ; à la fin de l'opération, l'utérus réduit au volume d'un poing, paraissait véritablement couturé, balafré sur toute sa surface ; la malade se levait 3 semaines après, et la guérison ne s'était pas démentie au bout de 2 ans. Notre collègue *Pauchet*⁸⁴, (d'Amiens) publie dans la *Revue Internationale de médecine et de chirurgie* trois cas intéressants d'énucléation abdominale. Puis *Longuet*⁸⁵ fait paraître dans le *Progrès médical* deux longs articles, constituant une étude d'ensemble sur la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes. Ce travail consciencieux et certainement bien intentionné peut subir le reproche d'être quelque peu diffus et obnubilé par une antipathie, que nous nous expliquons à peine, pour le vagin (comme voie d'accès opératoire) et pour le morcellement des fibromes. Longuet⁸⁶ écrit peu après un autre travail, dans la *Semaine gynécologique*, sur la « myomoénucléation, et l'électro-contraction hémostatique appliquée à la chirurgie conservatrice des fibromes » à propos duquel nous formulons, par avance, quelques réserves que nous dirons plus loin, et où l'enthousiasme de l'auteur

pour la chirurgie conservatrice rénovée le fait s'exprimer ainsi : « Depuis le mois de juin dernier, date de notre étude sur la myomectomie et l'énucléation abdominale et vaginale, travail qui le premier en France est consacré à l'exposition d'ensemble, à la discussion et à la vigoureuse défense de toute une chirurgie conservatrice dans les fibromes, *la question soulevée par nous* a fait un pas considérable. Aujourd'hui et *depuis notre travail* il y a deux grandes méthodes (hystérectomie et chirurgie conservatrice) devant marcher côte à côte et dont le champ d'action réciproque se précisera par la pratique. » Nous l'avons vu dans ce qui précède, la question bien que considérable et lourde de conséquences n'a pas été soulevée par Longuet, et dans le très court espace de quelques mois à peine qui sépare les deux publications de Longuet, la chirurgie conservatrice n'a certainement pas eu le temps de faire une enjambée aussi vaste qu'il en a la vision. Nous sommes assuré, en toute vérité, que le langage de Longuet dépasse de beaucoup sa modestie.

En 1900, *Tuffier*⁸⁷ présente à la Société de chirurgie, le 13 juin, 8 petits fibromes enlevés sur le même utérus par énucléation abdominale, sans anesthésie générale grâce à l'analgésie obtenue par l'injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne ; bientôt après il fait une longue communication « Sur l'extirpation des fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus et de ses annexes », parue dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (18 juillet) et peu après dans la *Presse médicale*.

Entre autres thèses de cette année, nous citerons celle de *Ferendinos*⁸⁸ qui arrive à colliger une statistique de 290 cas d'énucléations abdominales, avec 9 morts, soit 3,1 %, 3 cas de récurrence et 14 cas suivis de grossesse. Ce travail inaugural comprend une observation de Clado qui a énucléé 7 fibromes chez une même malade avec guérison, sans récurrence, deux observations du professeur Duplay qui a énucléé chez une femme 5 fibromes interstitiels ; chez une deuxième malade, le professeur Duplay dut faire une laparotomie secondaire pour annexite et put constater, à l'ouverture de l'abdomen, que l'utérus était normal et la cicatrice de l'ablation antérieure du fibrome insignifiante. Ferendinos rapporte encore deux observations empruntées à la pratique de *Ricard*.

*Zwibel*⁸⁹ passe, en juin dernier, sa thèse, inspirée par Tuffier, sur « le Traitement des fibromes par l'énucléation abdominale » où il donne une série de 8 cas opérés par son maître.

M^{lle} *Gunsbourg*⁹⁰ présente à son tour une thèse sur « La contribution à l'étude de l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale ».

*Victor Morinière*⁹¹ soutient devant la Faculté de médecine de Paris sa thèse « Sur la myomectomie abdominale » où il donne les observations et les détails de la pratique de Monprofit (d'Angers).

Enfin, nous arrivons au dernier Congrès international de médecine, tenu à Paris, en août, où, à côté de l'hystérectomie abdominale totale, moins discutée (Terrier, Tuffier, Jonnesco, Le Bec, Stapler, etc.) la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes est à l'ordre du jour. Parmi les orateurs, *Témoin*⁹² (de Bourges) présente sa statistique d'énucléations abdominales. Sur ses 16 opérées, il y eut un cas où la malade était enceinte de 3 mois, avait un kyste ovarique et un fibrome interstitiel gros comme une orange. Témoin enleva le kyste, énucléa le fibrome; la malade guérit, mais eut une fausse couche 10 mois après, depuis elle a eu un enfant. *Monprofit*⁹³ (d'Angers) pose et discute les indications et contre-indications, la technique de la myomectomie abdominale, et se déclare partisan convaincu de la voie haute, abdominale, dans la chirurgie conservatrice des fibromes.

*Tuffier*⁹³ vient à son tour exposer sa technique et ses résultats : il cite un cas où il a pu extraire 17 fibromes sur le même utérus, et sautant de la question actuelle à la question à côté de l'hystérectomie abdominale totale, il discourt longuement sur la conservation ou non du col dans cette opération, et en profite pour rompre une lance à fond en faveur de la voie abdominale contre la voie vaginale.

*Pozzi*⁹³, dans cette séance, cherche à mettre un frein à l'engouement naissant pour les opérations conservatrices dont les indications doivent être restreintes d'après lui. Mais il ne faut pas oublier cependant que notre maître a été un des premiers à pratiquer en France la myomectomie abdominale d'après le procédé de Martin.

Longuet, qui a résumé cette séance du Congrès dans *le Progrès médical* (1900, p. 97) et qui l'a aussi interprétée et jugée suivant les idées qu'il chérit, rappelle ses articles antérieurs « tous consacrés à la réhabilitation et à la défense de la chirurgie conservatrice abdominale ou vaginale dans les fibromes. Plusieurs études, ajoute-t-il, et la discussion du Congrès de cette année apportent

des faits nouveaux qui ne sont que la vérification *a posteriori* des idées adoptées et soulevées dans ce *travail princeps*, malgré le règne exclusif de l'hystérectomie à cette époque ».

Ce n'est pas sans intention que nous avons écrit ce long historique : nous avons voulu précisément lui donner cette importance pour bien montrer pas à pas le chemin lentement parcouru par l'idée des opérations conservatrices suivant la voie laparotomique.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

A. *Préparation de la malade.*

L'avant-veille et la veille de l'opération, la malade doit être purgée, baignée, nettoyée. Enfin, il faut prendre toutes les précautions usitées pour la préparation d'une laparotomie, et nous ne devons pas craindre de le dire : ces précautions doivent être ici encore beaucoup plus minutieuses, parce que la cavité utérine risquera d'être ouverte au cours de l'intervention ou parce que, dans certains cas, on sera obligé de terminer par une hystérectomie abdominale totale : l'ouverture utérine, l'ouverture du vagin pourraient donner accès à l'infection.

Le vagin sera donc aseptisé autant que faire se pourra, et la cavité utérine, dilatée, curettée soigneusement et drainée. On pourrait même pratiquer cette asepsie utérine, comme le conseille le professeur Phénoménoff⁹⁴, au moyen de l'action de la vapeur d'eau à 100°, selon la méthode employée par Sneguireff (de Moscou). Ce procédé est, paraît-il, très énergique : on se sert pour cela d'une sonde tubulée métallique, à orifices multiples reliés à une chaudière hermétiquement fermée et munie d'une soupape de sûreté, sonde que l'on introduit dans l'utérus : pendant cette vaporisation, on arrose le vagin à l'eau froide avec un laveur ordinaire afin d'éviter les brûlures : la durée de cette vaporisation est de 40 à 60 secondes. Avec ce procédé, prétend Phénoménoff, la cavité utérine est aseptique et toute autre mesure de désinfection devient inutile : on peut l'ouvrir sans danger : le contenu de l'utérus et les fragments de sa muqueuse sont stériles absolument.

Toujours est-il que, sans recourir à ce moyen qui peut paraître compliqué, on devra curetter et tamponner la cavité de l'utérus.

Tuffier conseille de dilater préalablement l'utérus : cette dilatation permettant de drainer à travers le canal cervical si besoin est. Inutile d'insister sur ce point, puisque le curettage comporte lui-même cette dilatation préliminaire.

Il est évident qu'on devra procéder à une nouvelle toilette vagino-utérine au moment de l'opération, en même temps qu'un autre aide s'occupera spécialement de la paroi abdominale.

On sait que pendant l'anesthésie la malade se refroidit. Laphorn Smith⁹⁵ (1897) attache à ce refroidissement une grande importance dans la production du shock opératoire ; aussi conseille-t-il pour éviter le refroidissement par évaporation de mettre sur la malade une toile caoutchoutée stérilisée, recouverte d'un linge stérilisé. Nous recommanderons à ce sujet autre chose, c'est d'éviter pendant le lavage pré-opératoire de l'abdomen la flaque de liquide dans laquelle la malade a le dos appuyé pendant toute l'opération : aussi le ventre nettoyé, faudra-t-il glisser sous la patiente de nouvelles alèzes sèches et chaudes.

Pour ce qui est des mesures à prendre au cours de l'intervention elle-même, il serait presque inutile de dire qu'elles doivent être purement aseptiques, si nous ne voulions profiter, en passant, de l'occasion de montrer que cette façon de voir n'est pas aussi récente que certains peuvent le penser : Kæberlé⁹⁶, dès 1884, à propos du traitement des myomes utérins par laparotomie, se déclare partisan non pas de « l'antiseptie qui varie suivant la mode du jour, mais de l'asepsie ou *propreté absolue* ». Doléris, affirme son élève Chevrier⁹⁷, fait depuis 1887 l'asepsie pure : « Les agents chimiques, en effet, courent souvent le risque de détruire l'épithélium qui recouvre la séreuse et d'entraver ainsi sa puissance d'absorption. Le péritoine se trouve comme stupéfié, et si le péritoine suinte, l'espèce de torpeur où il se trouve favorise l'accumulation et tous les accidents qui peuvent en découler. Les intestins peuvent ressentir, eux aussi, les effets pernicieux des antiseptiques. Les parésies intestinales, suivies d'obstruction et d'occlusion, reconnaissent peut-être parfois cette influence. »

Nous ne craignons pas d'avoir insisté sur ces détails et d'avoir paru faire une digression inutile. Et, puisque nous en sommes à cette question d'asepsie intra-abdominale durant l'acte opératoire, rappelons que vis-à-vis des intestins on fera bien, ainsi que nous le faisons étant interne chez notre maître Pozzi, de protéger les

anses intestinales avec des compresses de gaze fine, mouillées avec de l'eau stérilisée chaude, puis exprimées, afin d'éviter le contact de l'air froid et le dépouillement épithélial de l'intestin ; c'est une excellente précaution. Pour Fritsch⁹⁸ (de Bonn) (1896) le traumatisme et le refroidissement sont moins préjudiciables que le contact de l'air et la modification de la pression abdominale après l'ouverture de l'abdomen : il est facile de voir, dans ce cas, les vaisseaux se dilater et la stase du sang. D'ailleurs, nous le verrons, dans ces énucléations, il faut opérer autant que possible hors du ventre ; ce devrait être un principe primordial : la chirurgie abdominale doit être extra-abdominale dans ses manipulations. Quant aux autres soins aseptiques, nous n'insisterons pas. On n'a qu'à se reporter à la très longue discussion récente sur l'asepsie opératoire, soulevée par Quénu⁹⁹ à la Société de chirurgie et qui vient de se terminer à peine (novembre 1900). Bien que cette discussion soit fort intéressante, on n'a pas moins fait de bonne chirurgie abdominale aseptique en attendant. Presque tous les membres de la Société, depuis les jeunes recrues jusqu'aux vétérans, ont donné dans le feu nourri de cette chaude discussion, qui a du moins donné le bienfait que l'on pouvait en attendre : celui de raffermir les défaillances qui ne manquent pas de se produire dans le courant des actes souvent répétés, et de secouer le relâchement auquel on peut se laisser parfois entraîner.

B. Instrumentation.

Il serait oiseux d'insister sur les instruments qu'il faut avoir à sa disposition ; ce sont ceux de toute laparotomie. Cependant l'on devra veiller à ce qu'il y ait un bon écarteur abdominal, qui suppléera avantageusement aux aides dont la sécurité n'est pas toujours absolue et surtout qui bougent : les écarteurs de Delagénière, de Ricard sont excellents ; celui qu'a inventé Jonnesco¹⁰⁰ dernièrement (1900) peut être utile, mais il paraît un peu encombrant et compliqué.

On aura également, soit pour faciliter la traction de l'utérus fibromateux hors du ventre, soit pour s'aider dans l'énucléation de chacun des noyaux fibreux, un tire-bouchon : celui de Segond, de Doyen, Delagénière par exemple. Reverdin (1900) se servirait de ses pinces à crochets qui sont surtout commodes pour les

grosses tumeurs, et il faut s'attendre à pratiquer l'énucléation même pour de volumineux fibromes. Mais alors, si l'on emploie l'appareil de Reverdin, l'on se méfiera d'un accident que provoque rarement, mais que provoque tout de même la traction ; le rétrécissement du conduit vaginal. Reverdin, qui signale lui-même le fait, a vu deux femmes dont le calibre du vagin avait diminué à tel point que l'une d'elles éprouvait une réelle difficulté à introduire sa canule à injection. En dehors de cet étirement oblitérateur du vagin, à la façon d'un tube de caoutchouc forcé, et dont il faut être prévenu, l'on devra éviter, toujours selon ce chirurgien, que l'on se serve de ses pinces ou du tire-bouchon, d'ouvrir la cavité utérine avec les pointes et de mettre ainsi « le péritoine en danger de recevoir des liquides d'une asepsie douteuse ; il ne faut donc planter les griffes ou les pointes que dans la tumeur proprement dite, et c'est tout avantage, puisque le tissu des fibromes est bien plus apte, par sa consistance, à fournir une prise solide aux instruments ». Reverdin conseille, pour cela, de bien reconnaître à l'hystéromètre la direction et la place de la cavité utérine avant d'appliquer le tire-bouchon ou les pinces. Tuffier se sert pour l'extraction des noyaux fibreux simplement de pinces dentées qui suffisent très bien.

Un mot sur la position de la malade : il faut absolument pratiquer cette opération sur une table où la position de Trendelenburg, ou plutôt la position de Scultet « à la renverse » (car ce chirurgien fut le premier à l'employer, ainsi que l'a établi notre ami Desfosses¹⁰¹) puisse être réalisée. La position déclive facilitera beaucoup la traction de l'utérus hors du ventre, permettra de voir très nettement tout le champ opératoire pelvien, et fera glisser les intestins vers le diaphragme de telle sorte qu'ils échapperont plus aisément à des contacts multipliés. Il existe, grâce à cette position opératoire de la malade, un autre avantage sérieux qui n'est pas à dédaigner dans le cas particulier de l'énucléation abdominale, avantage qu'a bien mis en relief le professeur Gubaroff¹⁰² (de Moscou) dans un travail sur « les avantages d'opérer sans hémostase préalable » (1900). Nous voulons parler de l'évacuation du sang veineux de l'appareil utéro-annexiel vers les parties déclives, de la circulation de retour favorisée par la situation basse, de la décongestion utérine et ligamentaire qui diminuera d'autant la perte de sang d'une opération qui n'est d'ailleurs pas très

sanglante si l'on prend certaines précautions et si l'on n'ouvre pas de gros sinus veineux qui se videront en partie par cette position de Scultet. Le professeur Gubaroff, du reste, dit lui-même : « Les conditions du reflux veineux, la malade étant placée en position de Trendelenburg, sont tellement favorables, que pour se garantir d'une hémorrhagie ultérieure, on change ordinairement cette position en position horizontale pour s'assurer, avant de fermer, que rien ne saigne (cela semble aujourd'hui de pratique courante). »

Les tables d'opération, pour réaliser cette position élevée du bassin, ne manquent pas ; citons parmi les plus commodes : celle que Segond a rapportée d'Amérique, celle de notre ami Jayle¹⁰³ qui permet de faire un examen gynécologique extemporané en position déclive, celle de Doyen, de Delagénère, de Reverdin, de Richelot, etc.

C. *Anesthésie.*

Bien que nous ayons surtout en vue, dans ce travail, la description du manuel opératoire, nous croyons que la question de l'anesthésie vaut la peine de s'y arrêter, d'autant plus que, très récemment, quelques chirurgiens, et en particulier Tuffier¹⁰⁴, ont cherché à appliquer la méthode de L. Corning et Bier, c'est-à-dire l'anesthésie par injection cocaïnique sous l'arachnoïde lombaire, dans les énucléations abdominales. Cette méthode d'analgésie essayée, dans quelques cas isolés, par Léonard Corning (de New-York), le premier, en 1885, puis d'une façon plus étendue par Bier (de Kiel) en 1899, a été surtout bien étudiée au point de vue expérimental par notre ami A. Sicard (1898), puis Frank et Hallion en France, Nicoletti (1900) en Italie. Tuffier, principalement, cherche depuis un an à généraliser ce genre d'anesthésie, et il croit que la chirurgie gynécologique peut surtout profiter de son application. Dans une série de communications, d'articles, et dans la thèse de notre ami Cadol¹⁰⁵, il consigne ses résultats. Très récemment (novembre 1900), il vient d'annoncer que sa pratique d'anesthésie médullaire s'élève à 260 cas dont 112 pour des opérations intra-abdominales et plusieurs pour les énucléations transpéritonéales de fibromes. Avec les cas qui lui auraient été communiqués il arrive à un millier d'observations. Au dernier Congrès international (Paris 1900) cette méthode a été l'objet d'une courte discussion dans laquelle on n'a pas semblé très

enthousiaste. R. Pitesci¹⁰⁶ (de Bucarest) a apporté une statistique de 125 cas qui lui permettait d'émettre une opinion de valeur, mais de même que Severanu¹⁰⁶, il a observé des accidents plus ou moins graves, et il ne croit pas que l'anesthésie médullaire à la cocaïne puisse toujours suppléer l'anesthésie cérébro-spinale au chloroforme ou à l'éther. Legueu et Kendirjy¹⁰⁷, dans un article paru depuis peu dans la *Presse médicale* (octobre 1900), donnent une statistique de 57 opérations pratiquées avec l'anesthésie par injection lombaire. Notre maître Legueu ne croit pas que cette anesthésie puisse être comparée à celle du chloroforme ou de l'éther et jamais la remplacer. Il pense qu'elle peut rendre des services réels dans les opérations sous-ombilicales simples, mais affirme que « l'anesthésie générale seule convient à toutes les opérations et paraît nécessaire pour toutes les opérations gynécologiques. Elle est encore nécessaire pour les explorations abdominales parce que, seule, elle supprime cette contracture musculaire que l'on se propose surtout de vaincre et que la cocaïne ou l'eucaine ne suppriment pas ». Nous avons assisté à plusieurs grandes interventions abdominales, la malade étant soumise à l'anesthésie lombaire cocaïnique ; l'analgésie nous a paru véritable et durable, mais nous avons vu d'une façon très évidente qu'elle ne supprimait pas les efforts abdominaux, les mouvements réflexes, que plusieurs fois l'opérateur était obligé de s'interrompre, la malade « poussant », ce qui prolongait d'autant l'opération déjà grave par elle-même, et nous savons un cas qui a été suivi de décès : nous sommes absolument convaincu que cette sorte d'anesthésie, d'ailleurs très bien pratiquée, en a été la cause. Tout récemment enfin (1901) vient de paraître sur l'anesthésie cocaïnique, la thèse fort instructive de notre collègue et ami Pédeprade¹⁰⁸.

Avant que le courant que Tuffier s'efforce de déterminer en sa faveur soit suivi d'une façon plus générale il faudra d'autres résultats. Cependant, si l'on pense devoir mener rapidement à bien une énucléation facile de fibrome, et mieux une polypectomie simple, on pourra essayer l'injection intra-rachidienne de cocaïne.

Au début de cette anesthésie on observe assez souvent des vomissements, et, le soir même, il peut arriver qu'il y ait une certaine élévation de température pouvant monter à 39° et 40°, qui a l'inconvénient de dissimuler une autre cause pyrétogène :

par exemple, celle que provoquerait une infection possible. Il faut en être averti.

Nous parlerons aussi de l'anesthésie générale, soit par le chloroforme, soit par l'éther. Nous pensons qu'il ne messied pas d'y insister quelque peu, car il est connu que chez les femmes fibromateuses le cœur est souvent faible, les reins altérés (albuminurie, acétonurie), et certains auteurs pensent même qu'il s'agit là d'un processus général d'artério-sclérose. Bref, l'état du cœur et des reins, de l'appareil respiratoire, l'âge des malades, les conditions d'état pathologique où elles peuvent se trouver (alcoolisme, hystérie, morphinomanie, etc.), doivent être pris en sérieuse considération et imposer certaines précautions.

On n'a pas oublié la très longue discussion sur l'anesthésie générale, en 1895, à la Société de chirurgie, où l'éther a fortement disputé au chloroforme la faveur des chirurgiens.

Ollier¹⁰⁹ a rapporté 40 000 éthérisations sans accident mortel, portant sur une statistique de 30 années. Par contre, le chirurgien russe, Groube¹¹⁰ (1897), a observé 40 000 cas également d'anesthésie chloroformique avec 3 morts seulement, et il n'hésite pas à proclamer cette anesthésie supérieure à toutes les autres.

Chez certaines femmes devenues morphinomanes à la suite des phénomènes douloureux de compression qu'elles ont subis et combattus pendant longtemps avant de se résoudre à l'opération, il faut être prévenu, que chez elles, la syncope se produit facilement dès le début de l'anesthésie.

Chez des femmes quelque peu âgées, on devra être plus prudent encore dans l'administration des anesthésiques, éviter les secousses, les violents efforts du début de la narcose qui peuvent être la cause d'accidents paralytiques d'origine centrale provoqués par de petites embolies artérielles du cerveau et les troubles ischémiques consécutifs (Budinger¹¹¹, 1894, Placsek¹¹², 1895). Nous ne parlons pas des paralysies post-chloroformiques d'origine périphérique par compression des bras sur le rebord de la table : il suffira d'y veiller.

Citons rapidement quelques précautions que l'on pourra encore prendre contre la syncope, d'après certains auteurs. P. Rosenberg¹¹³ (1895), Alexeieff¹¹⁴, Phénoménoff (1896) badigeonnent la muqueuse pituitaire avec une solution de cocaïne à 5 p. 100 et administrent

ensuite le chloroforme à petites doses ; par ce moyen on anesthésie les ramifications terminales du trijumeau et l'on met ainsi la patiente à l'abri d'une syncope respiratoire ou cardiaque d'origine réflexe. Les dangers du chloroforme sont ainsi supprimés, d'autant que la cocaïne serait un antidote de la toxicité de cet anesthésique.

Langlois et Maurange¹¹⁵ ont proposé et essayé (1895), pour parer au danger de la syncope cardiaque mortelle, un procédé d'anesthésie mixte, en associant au chloroforme la spartéine et la morphine. Ils préviennent ainsi l'arrêt du cœur en le renforçant et le régularisant, et diminuent l'action toxique du chloroforme sur les centres nerveux, en réduisant au minimum sa quantité à employer.

Pozzi a préconisé longtemps dans son service l'injection pré-anesthésique d'atropo-morphine, s'appuyant sur les expériences de Dastre et Morat.

Une méthode qui s'est assez répandue et qui a donné les meilleurs résultats dans les cas de chirurgie gynécologique et abdominale, est celle de Schleich, qui consiste dans l'anesthésie mixte avec un mélange de 12 parties d'éther sulfurique, de 3 parties de chloroforme, d'une partie d'éther de pétrole. Par l'inhalation de ce mélange, la quantité de vapeurs toxiques expirées égale la quantité absorbée, et de cette façon l'on évite l'accumulation toxique du chloroforme. Sokoloff¹¹⁶ (1899) a expérimenté la méthode de Schleich sur une vaste échelle à la Clinique du professeur Voskressensky ; l'anesthésie s'obtient plus rapidement, sans période d'excitation, les vomissements du début et d'après la narcose sont très rares, et le retour à la conscience est presque immédiat. Il ne faut pas oublier que la rétention du chloroforme dans l'économie est en raison directe de la durée de l'anesthésie ; il y a là une déduction pratique à tirer : n'endormir que le temps juste nécessaire à l'opération et mener celle-ci rapidement sans lui sacrifier cependant la sécurité. G. Price et Howard Kelly attribuent à l'anesthésie trop prolongée la cause du shock.

La mort *tardive* par chloroforme a été attribuée par Munk, Leyden, Nothnagel à une dégénérescence graisseuse du cœur. Maurange et Langlois¹¹⁷, puis Vidal¹¹⁸ (1897), élève de Richet, dans un travail remarquable sur « l'influence chloroformique sur les

phénomènes chimiques de l'organisme » souscrivent parfaitement à cette opinion. D'après les expériences de Vidal, il y a une action énergique directe du chloroforme sur le système musculaire et le cœur en particulier.

La mort a été aussi causée par l'atrophie jaune aiguë du foie. Bandler¹¹⁹ (1896) en rapporte un cas fort net et cite des exemples indubitables de Capser, Langenbeck, Nothnagel, Thiene et Fischer, Fraenkel, Bastianelli, etc. D'après Bandler, l'éther, au contraire du chloroforme, n'exerce aucune action sur le foie.

Pour ce qui est de l'état rénal, Terrier et Patein ont recherché systématiquement l'albuminurie dans les urines des chloroformisés et l'y ont trouvée très fréquemment. Les expériences de Vidal concordent avec ces résultats. Groube prétend que le chloroforme ne provoque d'altération rénale que chez des sujets ayant déjà plusieurs fois subi la chloroformisation. Robert Coleman Kemp¹²⁰ (1899) est du même avis ; pour lui, c'est l'éther qui agit pathologiquement sur le rein et non le chloroforme ; pour lui encore, l'éther excite le cœur tandis que le chloroforme le déprime. Aussi conseille-t-il, sur ces données, d'examiner avec soin l'urine des malades avant de choisir un anesthésique pour les endormir.

D'une façon générale l'éther paraîtrait moins dangereux.

On n'emploiera l'éther, en tout cas, que si l'état des voies respiratoires le permet, et si la malade n'est pas âgée. Son administration est très facile et on peut le confier à un débutant, tandis qu'à la vérité il y a peu de bons chloroformistes. Cependant Routier avait raison de le dire : « Il serait dangereux de laisser s'accréditer la légende que l'éther peut être administré par le premier venu. » De nombreux chirurgiens américains (1896) : Phelps, S. Gaulus, Chandler, Zerega, Parker Sims citent plusieurs cas de mort ; Monod (1895) en a vu un cas. Pour Reynier, la syncope pendant l'éthérisation n'est pas rare si elle est moins fréquente qu'avec le chloroforme, et elle est en revanche plus grave. Segond (1895) ne croit pas non plus à l'innocuité absolue de l'éther : nous avons vu, auprès de lui et d'autres maîtres, des alertes dues à cet anesthésique et fort inquiétantes.

Nous recommandons, au sujet de l'éthérisation, la revue très intéressante que vient d'écrire notre excellent ami et collègue Alcée Durrieux¹²¹.

Nous résumerons ce long exposé de l'anesthésie en faisant

ressortir : 1° La nécessité d'examiner le cœur, le foie, les reins des malades atteintes des fibromes, organes assez souvent touchés ; 2° d'éviter la syncope chez les morphinomanes, les paralysies par efforts chez les femmes âgées ; 3° de se tenir prêt, selon le conseil de Poncet¹²², à combattre la syncope respiratoire par la trachéotomie ; 4° de pratiquer la méthode d'anesthésie mixte soit par cocaïnisation de la pituitaire, soit par l'injection de spartéomorphine, soit par la méthode de Schleich ; 5° de choisir de préférence l'éther si l'état des voies respiratoires le permet ; 6° d'utiliser, dans quelques cas restreints, jusqu'à nouvel ordre, l'anesthésie médullaire à la cocaïne ; 7° de limiter autant que possible la durée de la narcose, en ne perdant pas de temps et en opérant avec rapidité.

D. Technique opératoire.

Si l'on voulait multiplier les divisions, et si l'on attachait à chaque petit détail une importance originale, on en arriverait à une description débordante de procédés, ce qui est parfaitement inutile. Rien de plus funeste pour un opérateur de se dire, avant une intervention, qu'il va employer la technique de tel auteur ; cela comporte un état d'esprit chirurgical nuisible à bien des points de vue : celui de la décision d'abord, celui de la flexion, si nous pouvons nous permettre le mot, à chacune des exigences si variées des cas divers. Nous pourrions décrire le procédé de Martin, ceux de Freund, de Schröder, de Témoin, Jaboulay, jusqu'à ceux de Ricard, de Tuffier, en passant par les procédés de Doléris, de Duplay, de Clado, etc. Tous ces chirurgiens ont pu apporter des variantes pleines d'intérêt, mais c'est tout ; leur mérite est d'avoir contribué à l'œuvre commune, et la méthode la meilleure est souvent celle qui, en passant par une lignée de perfectionnements progressifs, prend le cachet de l'anonymat.

Ici, sans se payer de mots, il-n'y a, en réalité, qu'un procédé : celui du grand promoteur de la méthode : A. Martin.

Dans ses grandes lignes, nous suivrons donc la technique de Martin énumérant, en passant, les détails utiles, pratiques, ou simplement circonstantiels qui caractérisent la manière des différents chirurgiens.

Qu'on lui donne le nom ou d'énucléation abdominale ou d'hys-

térotomie médiane ou latérale, peu importe, cette opération comprend plusieurs temps :

L'ouverture de l'abdomen, la laparotomie.

L'énucléation du ou des principaux fibromes, pour débarrasser un peu le champ opératoire, par incisions hystérotomiques diverses.

L'exploration complète de l'utérus par palpation périphérique de l'organe et par l'incision utérine première.

L'énucléation des noyaux fibreux restants par l'hystérotomie primitive ou par des hystérotomies secondaires.

Le traitement conservateur uni ou bilatéral, s'il y a lieu, des annexes plus ou moins touchées.

L'hystérorrhaphie ou sutures des diverses incisions énucléatrices.

La fermeture de la paroi abdominale.

1^{er} TEMPS. — La laparotomie.

Le chirurgien se placera indifféremment à gauche ou à droite de la malade ; ce n'est pas de la place qu'il occupe que dépendra le succès de l'intervention. L'essentiel est d'avoir le moins d'aides possible, un seul suffira ; l'opérateur prendra ses instruments lui-même. La section de la paroi abdominale sera faite d'emblée sur le plan incliné, ou d'abord dans la situation horizontale de la malade que l'on mettra ensuite dans la position déclive plus ou moins accentuée selon les besoins.

On fait une laparotomie sous-ombilicale médiane assez longue, de façon à n'être pas gêné dans les manœuvres intra-péritonéales, en tout cas proportionnée au volume présumé de l'utérus fibreux ; cette incision descendra très bas vers le pubis, en faisant attention à la vessie, parfois déplacée dans le cas de fibrome, et que l'on aura eu soin, au préalable, d'évacuer. On place ensuite l'écarteur abdominal ou la valve sus-pubienne, on préserve l'intestin par des compresses humides chaudes. Notre maître Legueu introduit dans le ventre, vers chacun des hypocondres, deux vastes champs opératoires, refoulant tout l'intestin vers le diaphragme où la position déclive l'a, du reste, déjà attiré ; par ce moyen on n'est plus troublé par son issue possible.

La main de l'opérateur passe par-dessus l'utérus, le libère de ses adhérences lorsqu'elles existent, atteint sa paroi postérieure

dans le Douglas, attire en avant la matrice et la luxé, pour ainsi dire, hors de la paroi abdominale. En bas, sur les côtés et en arrière on insinue des compresses repérées par des pinces, et on constitue à l'utérus, ainsi devenu extra-abdominal, un véritable lit; à partir de ce moment on peut, dans la plupart des cas, opérer tout le temps hors du ventre. C'est alors qu'on se rend compte de la disposition topographique des fibromes, de leur nombre et de leurs rapports, qu'on fait un diagnostic précis, et qu'il est possible de poser l'indication opératoire définitive; il ne faudra pas oublier de faire un examen des annexes, car c'est de leur état souvent que dépendra le sort de l'utérus.

2^e TEMPS. — L'hystérotomie.

Avant de pratiquer l'incision ou les incisions, A. Martin¹²³ (1878) recommande de faire l'hémostase préventive de l'utérus, au moyen d'une ligature élastique temporaire placée à la base de la tumeur, le plus près possible du col, selon le procédé inventé par Kleberg¹²⁴ (d'Odessa) en 1877; pour cela, il enroule un tube caoutchouté autour du col et l'y maintient au moyen d'une pince serrée sur le croisement des chefs. Doléris et son élève Chevrier sont partisans de cette ligature temporaire, car ils considèrent que les capsules péri-fibreuses sont très vasculaires et les parties voisines des fibromes dans un état de congestion très intense. Le P^r Pozzi¹²⁵, depuis 1885, se sert de tubes en caoutchouc pleins, plus faciles à aseptiser et plus résistants. On pourrait se servir, pour la fixation du tube, des ligateurs que Pozzi ou Segond employaient dans l'ancienne hystérectomie à pédicule externe; mais un clamp, une simple pince hémostatique suffiront. Un drain pourra remplir l'office de lien élastique: on peut alors inciser l'utérus à l'abri de toute hémorrhagie.

Témoin (1896), Delbet (1896), Tillaux¹²⁶ (1897) font cette hémostase préliminaire en plaçant de chaque côté de l'utérus, à cheval sur les ligaments larges, une pince-clamp, une pince de Doyen, à mors longs et flexibles et garnis de caoutchouc, que l'on enlève une fois l'opération terminée.

Delagénère¹²⁷ (1898), Duplay¹²⁸, Ricard¹²⁹, Tuffier¹³⁰ pensent que, le plus souvent, cette précaution hémostatique préalable est parfaitement inutile. Et, en effet, les incisions à travers le muscle utérin donnent peu de sang; d'ailleurs il est bien préférable de

pincer, au fur et à mesure de leur section, les vaisseaux divisés ; et, comme nous allons le voir, l'incision utérine sur la ligne médiane avasculaire est presque exsangue, quand on ne rencontre pas de gros sinus veineux que la position déclive dégorge en partie, ainsi que nous l'avons vu plus haut, sinus que l'on sectionnerait, d'ailleurs, entre deux pinces. Si une hémorrhagie devenait inquiétante, il n'y aurait, suivant le conseil de Delagénère, qu'à pratiquer la ligature des utérines, en décollant la vessie, comme nous l'avons montré dans la première partie de notre travail à propos des méthodes atrophiantes.

A la sortie du tube élastique constricteur ou des pinces on peut, comme on l'a fait pour l'opération césarienne, comprimer l'utérus à la main, pendant quelques instants, si les incisions saignent abondamment, ou encore, comme Saënger (de Leipzig) l'a pratiqué dans la même intervention, tordre l'utérus sur son axe un moment et placer alors les ligatures nécessaires sur les vaisseaux.

Pour ce qui est de l'hystérotomie elle-même, 3 cas peuvent se présenter :

1° *Il existe un fibrome sous-péritonéal sessile, ou même plusieurs fibromes de cette variété, faisant un relief très accusé* : il est élémentaire autant que logique de faire l'incision directe sur la saillie de ces fibromes, où qu'ils siègent, en sectionnant sur la partie la plus mince et culminante de la séreuse : cette incision sera faite suivant le grand diamètre de la tumeur (Duplay, Clado¹³¹, etc.) ou bien parallèlement à la direction des fibres musculaires des couches superficielles de l'utérus, comme le recommandent Doléris et Chevrier, de façon à éviter le bâillement qui se produirait si l'on incisait en travers les faisceaux du muscle utérin ; si l'on suit ce dernier principe, l'incision sera longitudinale et suivant le grand axe de l'utérus lorsque la tumeur fera saillie sur la partie moyenne de la face antérieure ou postérieure, l'incision sera oblique de haut en bas et de dehors en dedans si la tumeur siège dans la région des angles utérins.

On fera autant d'incisions qu'il y a de noyaux fibreux. Une fois la capsule ouverte, hardiment, on procède à l'énucléation : pour cela on peut harponner le fibrome avec le crochet de Péan : il viendra facilement ; ou encore, s'il est assez gros et plus ou moins adhérent, on le saisit d'une main avec une pince de Museux, un tire-bouchon,

n'importe, tandis qu'avec les doigts on le décortique; on peut s'aider d'une spatule ou des ciseaux courbes fermés; par des manœuvres combinées de torsion, de rotation et de traction il finira par s'énucléer. Ces tractions et torsions en sens divers rendent la décortication rapide : elles rappellent un peu les manœuvres d'extraction placentaires. Si des adhérences, des brides le retenaient encore, quelques coups de ciseaux le libéreraient bien vite.

Dans cette décortication, il faut, c'est un principe important, se tenir au ras de la périphérie du fibrome afin de faire le moins d'échappées possibles vers la muqueuse utérine qu'on doit s'efforcer de respecter. Au cours de cette incision et de cette énucléation, on pincera et liera avec soin les vaisseaux qui donnent généralement peu, du reste. On a pu faire ainsi jusqu'à 5, 6, 7 incisions et davantage : le cas de Blanc ¹³² (1899) est intéressant à ce sujet : il énucléa 7 fibromes : à la fin de l'opération, l'utérus était couturé de partout.

On enlève, en tout cas, les premiers fibromes qui se présentent, on élimine ces noyaux protagonistes, et l'on a ainsi une place plus nette pour aller de l'avant s'il y a lieu.

2° Il existe, au contraire, un ou quelques fibromes tout à fait interstitiels; on ne les aperçoit pas : l'on est en présence d'un utérus globuleux, simplement augmenté de volume, ressemblant parfois, à s'y méprendre, à un utérus gravide, uniformément arrondi et rougeâtre; mais on sent, en le palpant, un plus ou moins gros noyau dur : c'est le fibrome; on pourrait inciser à ce niveau directement et l'extraire comme plus haut. Mais il y a mieux à faire; il sera préférable, au point de vue hémostatique, de faire une hystérotomie médiane longitudinale antérieure ou postérieure suivant le siège du fibrome, en somme, sur la ligne sagittale de l'utérus qui est une zone avasculaire au point de vue opératoire tout au moins. Doléris et Chevrier pratiquaient ainsi dans ce cas particulier (1891), Jaboulay également (1893), et c'est maintenant la pratique ordinaire de Ricard et de Tuffier, celle qu'il faut logiquement imiter. Dans le cas où le fibrome serait volumineux au point que la décortication serait malaisée, rien de plus simple, avec le tire-bouchon planté dans sa masse et un bistouri courbe, que de l'évider ou de le morceler, afin de le diminuer et de favoriser l'extraction. Longuet ¹³³ a une mystique horreur du morcellement; cet état d'âme est incompré-

hensible. Évidemment, si le noyau n'est pas considérable, il n'y a qu'à l'énucléer, et bien inutilement le fragmenterait-on.

Si le fibrome, inclus dans une des parois utérines, est en même temps latéral, Tuffier préconise encore l'incision médiane sur la ligne avasculaire et la tumeur est attaquée de dedans en dehors. Dans certains cas, le fibrome est développé en surface à la fois sur le milieu et sur les côtés d'une des parois, on peut alors le pourfendre en son milieu, sans toutefois aller ouvrir la cavité utérine, et l'on extrait tour à tour chacune des moitiés latérales incluses. Il va de soi, que pour un fibrome interstitiel de la paroi utérine postérieure, il vaudra mieux faire une hystérotomie médiane postérieure directe, que d'arriver à cette paroi à travers une hystérotomie médiane antérieure et la cavité de l'utérus. Si la tumeur siègeait sur le fond, on devrait, ou faire une incision sagittale à ce niveau, ou mieux, une incision transversale intertubaire analogue à l'incision que l'on a pratiquée ainsi dans certaines opérations césariennes.

3° *Il existe, enfin, de nombreux fibromes interstitiels ou des noyaux multiples à fleur d'utérus. Cet organe est pour ainsi dire truffé, mais non très déformé.* On doit, autant qu'il se pourra, pratiquer encore l'incision hystérotomique médiane sur le méridien avasculaire de l'utérus. Cette incision ne sera pas toujours rectiligne, mais forcément onduleuse et brisée suivant qu'elle rencontrera les éminences des noyaux qui bossellent la face utérine correspondante. Par cette section, on énuclée les premiers fibromes qui s'offrent à l'opérateur. Dès ce moment, rien de plus facile que de palper l'utérus entre les quatre doigts réunis qui font plan d'appui sur une de ses faces, tandis que le pouce de la même main déprime le muscle utérin sur tous ses points et procède à une inquisition minutieuse des différences de consistance : on soumet pour ainsi dire la matrice à une sorte de question jusqu'à ce qu'elle dénonce enfin la présence des divers fibromes cachés dans ses parois. De plus, cette hystérotomie médiane peut devenir éminemment exploratrice, car le doigt, introduit dans la plaie utérine, pourra fouiller les parois plus aisément, à travers une épaisseur de tissu bien amoindrie en certaines places, et découvrir de nouveaux filons fibromateux. On attaque de dedans en dehors, en partant de la tranche utérine médiane vers le bord correspondant de l'utérus, chacun des noyaux fibreux : généralement on arrive à les extraire

tous ainsi. S'il existe un ou des fibromes concomitants de la paroi postérieure, on peut, comme le fait Tuffier, aller les chercher « par l'incision antérieure transcavitaire » ; mais si l'on n'a pas ouvert la cavité utérine d'emblée, comme on le doit essayer autant que possible, mieux vaudra, selon nous, recourir à une nouvelle incision, cette fois-ci hystérotomique médiane postérieure. Pour l'énucléation particulière de chacun des noyaux, il n'y a qu'à procéder comme nous l'avons indiqué plus haut : le point important c'est de découvrir le plan de clivage capsulaire ; cela fait avec des pinces de Kocher qui entrebâillent fortement les lèvres de la loge fibreuse, d'un coup de doigt insinué en crochet et réalisant un mouvement de circumduction et de propulsion rapides, on extirpe le fibrome.

Cependant, si cela est nécessaire, sur l'hémisection médiane, on peut brancher d'autres incisions, de préférence aux ciseaux qui iront plus vite et dont la section est moins hémorrhagipare que celle du bistouri. On arrivera ainsi, suivant les besoins, à faire des incision en V, en L, en T, etc., etc. Il ne faut pas oublier d'explorer le segment inférieur et le col, si l'on ne veut pas s'exposer à pratiquer une opération incomplète. En somme, on doit faire une recherche méticuleuse de tous les fibromes, et comme le dit très heureusement Longuet : « Il faut les chercher comme les séquestres dans l'ostéomyélite. »

L'avantage de cette hystérotomie médiane, c'est qu'elle est presque anémorrhagique. On peut arriver à énucléer successivement plusieurs noyaux avec si peu de sang répandu qu'on n'a pas eu à poser une seule ligature. Si l'on a à lier des vaisseaux, ce sont en général ceux qui rampent, volumineux et sinueux, à la périphérie de l'utérus et qui se trouvent sur le passage du bistouri. Si les parois des loges déshabitées donnent lieu à un suintement sanguin, il n'y a qu'à les boucher avec une petite compresse-éponge pendant qu'on passe à d'autres énucléations ; cette hémorrhagie cavitaire en nappe cessera bien vite. L'hémisection médiane que préconisent, surtout à l'heure actuelle, Ricard et Tuffier, présente ici les mêmes avantages qu'on lui avait trouvés dans l'hystérectomie vaginale par le procédé de Quénu-Muller et dans l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Faure¹³⁴. Longuet¹³⁵, dans un article sur la « myomoénucléation » (1900), craint que les loges orbitaires dénudées ne donnent naissance à une hémorrhagie capillaire en constituant une perte de sang importante

pendant la décortication, que ces cavités ne se rétractent pas suffisamment, qu'après leur fermeture l'assèchement ne soit pas complet et prédispose à l'infection ; pour y remédier, il propose ce qu'il appelle l'électro-contraction hémostatique, réalisable par le passage d'un courant électrique à travers le parenchyme utérin pendant l'opération. Mais laissons prendre à Longuet la responsabilité de son projet et de ses propres paroles : « Il suffit de piquer la coque utérine, en deux endroits, par deux aiguilles longues et stérilisées mises en communication avec une pile. Cette contraction, artificiellement provoquée, a comme corollaire l'hémostase des capillaires qui saignent et l'effacement des loges. C'est demander à l'utérus lui-même de faire son hémostase comme il le fait momentanément par les ligatures vivantes après la délivrance. Peut-être même y aurait-il intérêt, à l'aide d'un dispositif très simple, à renouveler ce moyen d'hémostase *après l'opération*, dans les cas exceptionnels où la coque utérine amincie, en état d'inertie et d'asystolie, tarderait à se rétracter et laisserait des doutes sur la reformation des loges et une hémorrhagie tardive *ex vacuo*. Il conviendrait alors de laisser à demeure une aiguille abdominale, entourée d'un drain et plantée dans l'utérus, et, le cas échéant, d'établir un courant en piquant le col utérin avec une autre aiguille. En associant à cette technique quelques points de capitonnage de la poche au catgut, *je crois que la question des espaces morts dans l'énucléation abdominale est résolue.* »

Tout cela nous paraît plus théorique que vraiment pratique : c'est d'abord là un dispositif encombrant et exposant aux contaminations pendant l'opération ; quant à l'implantation à demeure post-opératoire d'une électrode dans un utérus qui n'est plus qu'une loge, elle semble absolument irréalisable, parce que, précisément dans ce cas, l'aiguille ne pourrait être piquée et retenue dans une épaisseur de parenchyme qui n'existe pour ainsi dire plus, parce que des poussées abdominales déterminées par les efforts des vomissements la déplaceraient, la chasseraient et iraient même lui faire blesser malencontreusement ou la vessie ou les anses intestinales, parce que si la coque est très amincie, elle ne contient plus ou que très peu de faisceaux musculaires et s'il y a amyotrophie de la coque il n'y a pas de contraction possible, même sous l'influence du courant électrique. Du reste, pour trouver qu'il y a lieu d'utiliser cette hémostase électrique post-opéra-

toire, il faudrait faire le diagnostic de suintement sanguin interne ; or, dans ce cas-là, il n'y a qu'une conduite efficace à suivre : c'est de découdre la paroi et d'aller voir ce qui se passe dans la cavité abdominale ; c'est le seul moyen de déterger la cavité pelvienne, d'arrêter l'hémorrhagie, et si l'on ne peut s'en rendre maître, on aura, au moins, la ressource immédiate de l'hystérectomie abdominale totale.

Skene (de Brooklyn) a inventé une pince électro-hémostatique qui permet d'éviter bien des ligatures. Il s'en est servi avec succès dans un très grand nombre d'opérations abdominales. Pour les énucléations de fibromes, il emploie un instrument terminé en boule au moyen duquel il arrête très aisément les hémorrhagies profuses en nappe au niveau des poches vides de leurs fibromes. Jacobs¹³⁶ (de Bruxelles) (1899) recommande beaucoup cette hémostase électrique.

3^e TEMPS. — L'énucléation et l'hystérorrhaphie.

Avant de procéder à cet acte opératoire, il faut prendre en considération un fait de premier ordre dont toute la conduite ultérieure dépend, principalement en ce qui concerne le drainage des loges et leur suture ; nous voulons parler de l'ouverture ou non de la muqueuse et de la cavité utérines.

1^o *Il n'y a pas eu effraction de la cavité utérine, qui reste tout à fait close du côté du péritoine.* Pour s'assurer que la muqueuse utérine est indemne, on l'explore avec un stylet mousse ou une sonde cannelée à travers la plaie utérine ; on ne risquera pas ainsi, d'après Zwibel, d'infecter le champ opératoire, ce qui pourrait avoir lieu si l'on introduisait un hystéromètre dans l'utérus en passant par le vagin. Nous ne pensons pas de même : nous croyons qu'avec le stylet manœuvré à travers la section utérine ou les loges désorbitées, on n'arrivera pas toujours facilement à découvrir la muqueuse dont l'aspect peut être confondu avec le tissu conjonctif des capsules péri-fibreuses, on sera exposé à repousser la muqueuse sans s'en douter vers la cavité utérine et même à l'ouvrir. Avec l'hystéromètre, manié doucement par un aide accoutumé, et ce sera facile, car la malade étant en position déclive (le vagin est passé de l'état de cavité virtuelle, à l'état de canal largement ouvert par l'accès de l'air, et cela sans l'aide

d'une valve ou d'un spéculum), l'utérus avalera pour ainsi dire cet instrument ou une bougie de Hegar simplement soutenus à l'orifice du col (qui, ne l'oublions pas, a été dilaté avant l'opération) ; l'on ne risquera pas davantage d'entamer la muqueuse, et s'il y a eu déjà effraction, on apercevra tout de suite le brillant de la bougie ou de l'hystéromètre, et l'on saura à quoi s'en tenir sans perdre inutilement du temps. S'il n'y a pas d'ouverture de la cavité muqueuse, la question de l'infection, par cette voie du moins, ne se pose même pas ; s'il y a solution de continuité, que l'instrument ait été introduit par en haut ou par en bas, la porte à l'infection est ouverte. Il ne s'agit là, en somme, que d'un détail infime. Du reste, nous l'allons voir, certains chirurgiens ouvrent toujours de parti pris la muqueuse utérine.

Donc la cavité utérine n'a pas été ouverte, et il faut autant que possible arriver à ce résultat ; ainsi le recommandent le plus grand nombre des auteurs : A. Martin d'abord, puis Engstrøm, Braun, Olshausen, Doléris et Chevrier, Témoin, Duplay, Tuffier, etc.

L'on cherche la réunion par première intention et l'on suture la plaie utérine sans faire de drainage, après avoir bien étanché les loges fibreuses et les avoir touchées ou non avec une solution antiseptique. Témoin fait le nettoyage et un attouchement avec une solution phéniquée forte. Mais si l'on a été aseptique tout le temps, l'assèchement soigneux suffit.

Après l'énucléation, il existe des cavités désertes, parfois considérables ; très souvent, cependant, lorsque le muscle utérin est complètement débarrassé de ses noyaux fibreux, il subit une involution rapide comme celle qui suit l'opération césarienne, l'utérus se contracte, se ratatine, les géodes diminuent en conséquence, les espaces à combler sont minimes (Doléris et Chevrier avaient bien vu et décrit ce fait) (1891) et l'on sait que dans certaines césariennes on a pu se dispenser de toute suture, sans occasionner d'hémorrhagie, tellement la puissance rétractile est grande : aussi quelques-uns conseillent-ils, et particulièrement Tuffier (1900), de ne pas toucher à la coque utérine et de ne pas en réséquer même une petite partie. Ce chirurgien ne se préoccupe donc pas des orbites d'énucléation revenues sur elles-mêmes et se contente de suturer la plaie utérine au niveau de l'incision hystérotomique.

Pourtant, il arrive que les parois de ces loges sont peu doublées

de parenchyme musculaire, par conséquent peu rétractiles et vraiment exubérantes. A. Martin, Doléris et Chevrier, Pozzi, conseillent, dans ces cas, la résection de la partie inutilisable de la capsule.

C'est ainsi que pratiquait plus récemment Témoin. Ce dernier faisait cette excision, à propos de très gros fibromes, qu'il a été un des premiers à énucléer, et pour lesquels il ne pouvait faire autrement, sans nuire à la bonne coaptation des plaies utérines.

Dans des cas semblables, l'excision d'une partie de la capsule est permise autant que nécessaire : on pourra la compléter par un capitonnage de la cavité, comme Delbet (1896), entre autres, l'a pratiqué.

D'ordinaire, on se contentera de faire une fermeture hermétique par une suture en étages : généralement, un plan profond, musculaire, un superficiel péritonéal, au catgut. A. Martin utilisait, dans ses premières énucléations, la soie phéniquée à laquelle il a substitué le catgut préparé selon la méthode de Pozzi, à l'essence de genévrier ; Tuffier se sert de catgut ou de tendon de renne pour le plan parenchymateux, de soie fine pour le plan péritonéal. Martin faisait la suture à points séparés, d'autres chirurgiens un surjet (Doléris et Chevrier), quelques-uns encore (Jaboulay) une fermeture en bourse. On doit apporter à la suture une précaution infinie : c'est le point le plus délicat de l'opération et c'est de lui que dépend surtout le succès.

2° Il y a eu effraction de la cavité utérine qui est ouverte du côté de l'abdomen.

Cette éventualité, qu'il faut empêcher autant que possible, se présente et elle n'est pas rare, surtout lorsqu'on a eu affaire à des fibromes plutôt sous-muqueux que vraiment interstitiels. Dans ces cas, il est bien difficile de ne pas pratiquer la décortication sans entraîner avec le fibrome un fragment de la muqueuse utérine adhérente.

Dans sa statistique de 1890, Martin publiait 96 cas d'énucléations abdominales avec 24 ouvertures de la cavité utérine, et depuis, cet accident est arrivé à bien d'autres opérateurs.

Les chirurgiens suivent deux conduites : les uns ne drainent pas la cavité utérine : ils se contentent de bien nettoyer, aseptiser et suturer la muqueuse puis le muscle utérins (Olshausen,

Braun, etc.); les autres drainent la cavité utérine à travers le canal cervical, dilaté déjà avant l'opération, et le vagin (A. Martin, Pozzi, Delagénère, Duplay, Clado, Tuffier, etc.).

A. Martin plaçait, lorsque la cavité utérine avait été largement entamée, un gros drain en T ressortant par le col de l'utérus, puis suturait, par-dessus, le muscle et le péritoine. Delagénère (1898) conseille de pratiquer le drainage du cul-de-sac de Douglas. Tuffier imite la conduite de Martin dans les faits analogues et ajoute même à ce drainage tubulaire le drainage avec mèche de gaze iodoformée par l'incision du cul-de-sac de Douglas lorsque l'opération a été particulièrement laborieuse : il attribue la perte d'une de ses malades (observation VII de la thèse de Zwibel, 1900) à l'absence de ce double drainage. En somme, lorsqu'il y a eu effraction de la cavité utérine, il faut considérer son opération comme septique ou pouvant la devenir et se comporter en conséquence.

Küstner, en 1884, dans un cas de large évidemment de la cavité utérine, suite d'énucléation d'un gros fibrome, réunit les bords de cette sorte de cuvette utérine aux bords de l'angle inférieur de la plaie abdominale qui fut fermée dans le reste de son étendue : il bourra cette cavité utéro-abdominale avec une mèche de gaze iodoformée : il fit là véritablement une marsupialisation semblable à celle qu'on pratique parfois pour les kystes du ligament large : c'était en même temps réaliser une hystéropexie.

Dans les cas où la suture de la plaie utérine inspirerait quelques craintes au point de vue de l'hémorrhagie et de l'infection, il n'y a qu'à ramener l'utérus en avant, le fixer à la paroi de l'abdomen, section utérine contre section abdominale, et pratiquer ainsi une hystéropexie de sûreté : c'est ainsi qu'a procédé Pozzi une fois et que Tuffier recommande d'agir. S'il est difficile d'attirer l'utérus on pourra conduire jusqu'au niveau de la plaie utérine un tamponnement à la Mickulicz.

Jaboulay, en 1893, l'hystérorrhaphie une fois terminée, attira l'utérus dans l'angle inférieur de l'incision laparotomique, l'emballa dans une série de bandelettes iodoformées, sutura le reste de l'ouverture abdominale, et laissa ensuite la matrice ainsi enveloppée hors du ventre, sous pansement ; il fit ainsi une sorte d'exohystéropexie qui rappelle l'exothyroïdopexie pratiquée dans le goitre par cet auteur et Poncet, ou encore l'ancienne hystérectomie abdominale à pédicule externe. Cet utérus eut la bonne fortune, dans cette

situation irrégulière, bien que temporaire, de ne pas se flétrir ni se momifier.

Puisque nous parlons de l'ouverture possible et assez fréquente de la cavité utérine, nous ne devons pas passer sous silence l'ouverture de la lumière de la trompe dans l'extirpation des fibromes angulaires de l'utérus ou péri-tubaires. Cette énucléation n'est guère possible sans amener l'ouverture du canal tubaire qui est presque fatale. Tuffier, dans sa communication à la Société de chirurgie (1899), attire l'attention sur ce point particulièrement délicat. Il pense, avec raison, que la nécessité d'énucléer ces fibromes s'impose d'autant plus qu'ils exercent une compression sur la partie interstitielle de la trompe de Fallope; l'effacement qui en résulte peut être l'origine de certaines complications. Nous avons vu plus haut que Vanverts avait signalé une grossesse ectopique tubaire très probablement déterminée par la présence d'un fibrome au niveau de l'ostium uterinum correspondant; Morestin¹³⁷ a présenté (novembre 1900) à la Société anatomique un exemple de grossesse extra-utérine développée dans des circonstances à peu près semblables. Tuffier conseille de s'attaquer hardiment à cette variété topographique de fibromes sans se préoccuper de l'ouverture de la trompe; une salpingorrhaphie suivie de drainage par l'utérus remettrait les choses en bon état. Malheureusement, c'est plus facile à dire qu'à exécuter et nous allons en citer un exemple. Avec notre excellent maître et ami Bouglé, nous avons opéré, dans le service de Segond, en octobre 1899, une jeune femme de 23 ans qui présentait, au niveau de la corne utérine droite, un renflement gros comme une noix, arrondi, dur; bref, nous pensions à un petit fibrome de la corne utérine droite; les annexes étaient saines des deux côtés. Bouglé fit une incision longitudinale parallèle au bord latéral droit de l'utérus, sur le versant antérieur du corps, au niveau de la partie interstitielle de la trompe. Il fit une tentative d'énucléation, mais fut, en réalité, obligé de sculpter dans le muscle utérin ce qu'il croyait être le fibrome. Après avoir enlevé un noyau induré, gros comme une noisette, nous nous aperçûmes que sa face postérieure ou profonde était revêtue de muqueuse tubaire. De peur d'oblitérer la trompe en faisant la suture en masse des lèvres des parois utérines de la petite cavité qui logeait la tumeur, on enleva l'ovaire sain et la trompe perméable. Notre collègue et ami André Claisse, chef de laboratoire de Segond, fit l'examen

histologique de ce nodule et trouva que c'était un noyau d'endométrite interstitielle avec phénomènes inflammatoires autour des vaisseaux du muscle utérin. En somme, il s'agissait là, non pas d'une tumeur limitée, mais d'une hypertrophie endométritique localisée à la corne utérine. On sait que Claisse¹³⁸, dans sa très remarquable thèse sur le développement des adéno-myomes utérins de nature inflammatoire, mentionne des adéno-myomes interstitiels dépourvus de capsule, infiltrés, impossibles à énucléer, pouvant se développer, ce qui n'est pas rare, entre autres régions de l'utérus, au pourtour du trajet pariétal des trompes. Probablement s'agissait-il, ici, d'une infiltration de ce genre. Toujours est-il que Bouglé fit une énucléation disséquante, pour ainsi dire, et purement artificielle; mais, que ce soit un nodule inflammatoire, comme celui que nous venons de décrire, ou un véritable noyau fibreux, on risque fort d'ouvrir la cavité tubaire, et en voulant réparer cette brèche accidentelle, d'oblitérer sa lumière. Dans cette opération, nous pouvons l'assurer, la salpingorrhaphie n'était pas possible, et l'annexectomie décidée par Bouglé était certainement la seule conduite à suivre, d'autant que les annexes opposées étaient indemnes.

3° *Il y a ouverture préméditée et systématique de la cavité utérine dans un but d'énucléation pariétale des noyaux fibreux et de drainage cavitaire méthodique et constant.*

Quelques auteurs ne se contentent pas de l'énucléation pure et simple : de parti pris, ils ouvrent, dans tous les cas, la cavité de l'utérus.

Freund¹³⁹ dès 1888, pratique d'abord la myomoénucléation selon le procédé classique de A. Martin, puis ouvre la cavité utérine sciemment afin d'établir un tamponnement et un drainage au moyen d'une longue mèche de gaze iodoformée, repliée en accordéon dans la cavité utérine d'abord, puis dans celle déshabitée par le fibrome. Une fois ces cavités bien bourrées, il suture à points séparés la plaie utérine par-dessus : bien entendu, une des extrémités de la mèche sort par l'orifice du col dans le vagin. Freund introduit la mèche de bas en haut, c'est-à-dire en entrant par la vulve et le vagin; la mèche, dans cette traversée, ramone le vagin et peut se souiller plus ou moins au niveau des cuisses et de la vulve de la malade : il peut y avoir manquement à l'asepsie. On a le droit légitime de reprocher également à ce drainage, uniquement capillaire

par la seule mèche, de cesser rapidement de fonctionner, car elle s'imbibe vite à saturation.

Ricard, lui aussi, ouvre systématiquement la cavité utérine.

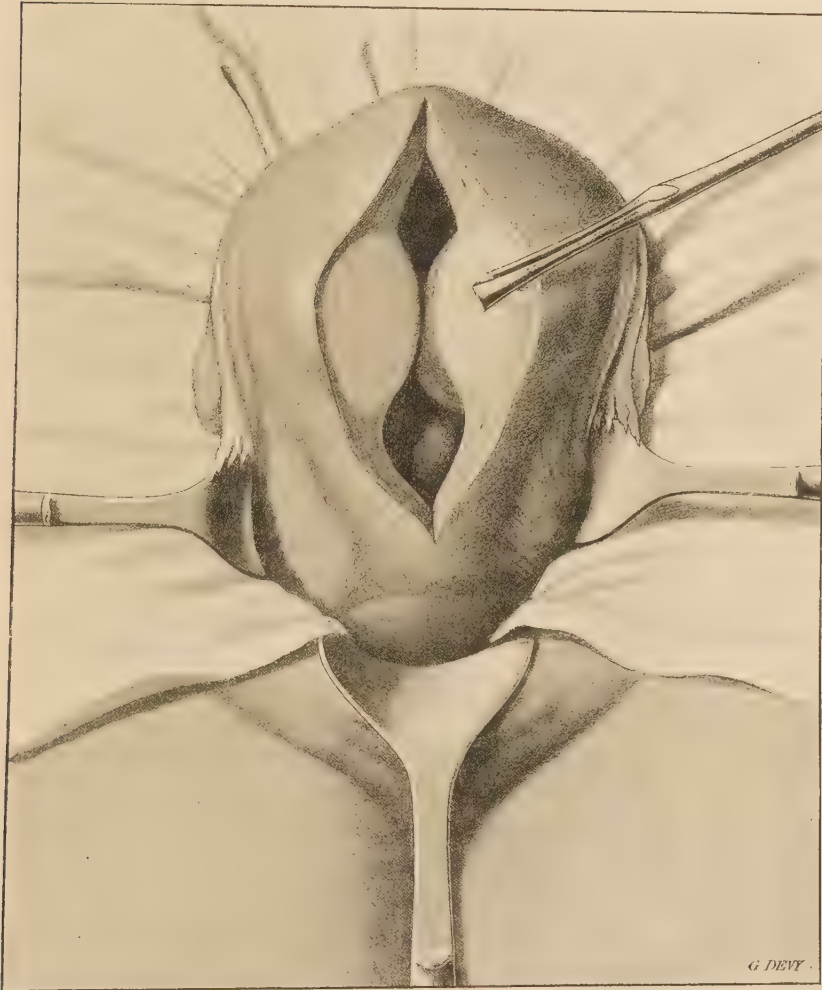


Fig. 9. — Énucléation abdominale. La cavité utérine est ouverte; on aperçoit sur les tranches de section de l'utérus les moitiés d'un noyau fibreux.

M^{lle} Gunsbourg¹⁴⁰, dans sa thèse sur l'hystérotomie médiane antérieure, décrit le procédé de Ricard; par un instinct bien féminin, elle définit cette opération: « Une césarienne sur un utérus non

gravide »; en réalité, c'est une césarienne à vide; on ne retire rien de la cavité utérine elle-même : c'est des parois qu'on extrait les produits pathologiques.

Ricard ouvre ou n'ouvre pas d'emblée l'utérus, il s'occupe des fibromes d'abord en s'attaquant à eux par une incision proportionnelle à leurs dimensions.

Si la cavité utérine a été ouverte immédiatement, avant d'aller plus loin dans l'extirpation du fibrome, il s'occupe du canal utérin qu'il essuie avec des compresses aseptiques, puis qu'il curette très soigneusement.

Si l'énucléation du fibrome a pu s'effectuer sans ouvrir le canal utérin, il ne s'occupe de ce dernier qu'après, et ne procède à son nettoyage qu'après.

Mais, dans tous les cas, Ricard ouvre la cavité utérine, l'aseptise, la curette, la dilate extemporanément de haut en bas, c'est-à-dire du corps vers le col, introduit un drain rigide avec orifices multiples, allant de la loge évacuée par le fibrome au vagin à travers le canal cervical. Des mèches vaginales maintiennent le drain et font office de pansement occlusif. Cela fait, il suture en un seul plan la ou les sections utérines avec un surjet au catgut; quelques points séparés parfont l'affrontement séro-séreux.

4° Il y a ouverture préméditée et voulue de la cavité utérine, dans le but d'extirper un fibrome à développement cavitaire inaccessible, en partie, par la voie vaginale.

Ici, il s'agit vraiment d'une section césarienne, puisqu'elle va retirer un produit pathologique contenu dans la cavité utérine elle-même : c'est une sorte de polypectomie interne ou d'énucléation interne par voie abdominale.

Cette opération s'adresse à des polypes géants, qui constituent, le mot est exact, « une grossesse fibreuse », à de gros fibromes utéro-vaginaux qui affectent la forme de sablier avec étranglement au niveau de l'isthme.

Freund, Berakowsky, Terrillon, Bouilly (1890) ont opéré des cas semblables. Nous avons résumé à l'historique l'observation très intéressante de ce dernier. On se comportera, à l'occasion, comme ce chirurgien. Disons cependant, que la partie intra-utérine de la tumeur, retenue dans la matrice, *portion dernière*, à la façon d'une tête fœtale, devra être extraite la première par le ventre, en prati-

quant d'abord une section césarienne, puis une décollation de la tumeur au niveau de son segment cervical, tandis que la portion intra-vaginale sera retirée en dernier lieu : cette pratique, pour des raisons d'asepsie faciles à comprendre.

4^e TEMPS. — **La fermeture de l'abdomen.**

Avant de suturer la paroi abdominale, il faut bien s'assurer que la ou les sutures utérines ne laissent filtrer aucune goutte de sang ; on essuie bien, sans frotter vigoureusement, le globe utérin délivré de son contenu fibromateux ; on enlève les compresses qui le garnissaient sur tout son pourtour et qui l'ont maintenu tout le temps hors du ventre ; on le laisse enfin revenir à sa place normale, après avoir effectué ou non un drainage péritonéal par l'incision du Douglas.

Ehrendofer¹⁴¹ (1899) conseille, avant de fermer le ventre, de faire exercer par un aide des pressions calculées du thorax vers le bassin afin de chasser l'air qui, dans la position déclive, envahit l'abdomen ; mais le passage de la position Scultet-Trendelenburg à la position horizontale et le retour des intestins dans la cavité pelvienne d'où ils avaient été repoussés, se chargent spontanément de cette manœuvre. Ehrendofer recommande encore, lorsqu'on a pratiqué l'extirpation d'une tumeur volumineuse qui laisse tout de même un utérus hypertrophié, de soulever avec soin les anses intestinales prolabées dans le cul-de-sac de Douglas, afin de les protéger contre une compression utérine.

Nous donnerons un dernier conseil : avant de suturer la paroi, il est bon d'abaisser le grand épiploon retroussé pendant l'opération et d'éviter ainsi la nudité des intestins ; l'on réséquera aussi le moins de franges épiploïques possible. En agissant ainsi, on mettra la malade à l'abri, en partie du moins, d'adhérences, on empêchera que l'épiploon fasse corde et soit cause d'occlusion, et de plus, on tiendra compte de son rôle phagocytaire intense mis en relief par Ranvier d'abord, puis par Roger¹⁴² (1898). De nombreux exemples cliniques prouvent que les ganglions lymphatiques s'opposent à l'envahissement microbien de l'organisme. Ranvier compare le grand épiploon à un vaste *ganglion étalé*, aussi cette formation lui a-t-elle « semblé réunir, par sa situation et sa structure, toutes les qualités requises pour la destruction des microbes introduits dans le péritoine ». Roger a conduit, à ce sujet,

des expériences concluantes : à une première série d'animaux il résèque l'épiploon, à une deuxième série d'animaux (ce sont les témoins) il laisse l'épiploon. Il laparotomise les deux séries et leur sème des cultures dans le ventre : tous les animaux épiploectomisés meurent.

La suture de la paroi abdominale se fera comme à l'ordinaire, selon le goût ou les habitudes de chacun : en un ou plusieurs plans, au catgut, au crin, au fil d'argent, voire même au tendon de renne ou au fil en celluloïde, etc., etc. Cela n'a qu'une importance de deuxième ordre pour ce qui concerne notre travail tout au moins. Cependant, comme l'esthétique ne doit jamais perdre ses droits, nous ferions sur les parois abdominales d'élection, nous voulons dire non vergeturées ou ptosiques, la suture intra-dermique selon la pratique de notre maître Pozzi, ou encore l'incision cruciale de Küstner avec suture transversale sus-pubienne cachée par les poils, ainsi que notre maître Segond l'a pratiquée et que nous l'avons décrite¹⁴³ dans une publication antérieure.

E. Conditions particulières de l'énucléation abdominale dues à certaines complications.

Ces conditions tiennent à l'utérus lui-même, aux caractères particuliers de certains fibromes, à l'état des organes voisins de l'utérus.

1° Conditions déterminées par l'utérus lui-même.

Ce sont l'hémorrhagie et les déviations de l'utérus (versions, flexions, etc.).

Il est des cas où l'utérus est gros, mou, friable, saigne à la moindre déchirure, où il est pour ainsi dire hémophile. La moindre éraflure le fait suinter abondamment et l'on ne peut se rendre maître de certaines hémorrhagies en nappe qui se produisent, soit au niveau de la périphérie de l'organe, soit sur les tranches de section, soit sur la paroi des loges fibreuses vides qui saignent comme le font les parois d'une caverne pulmonaire par rupture des petits vaisseaux altérés qui y sont contenus comparables aux petits anévrysmes de Rasmussen. On cherche à suturer le muscle utérin et sans y réussir, car chaque piqure de l'aiguille est la source d'un nouveau point hémorrhagique. Dans ces cas, on aura recours à la cautérisation en surface ; on pourra essayer l'électro-hémostase due

à Skene et préconisée par Jacobs si l'on a le dispositif nécessaire à sa disposition, ainsi que nous le disions plus haut. Sinon, l'on verra s'il y a moyen de laisser des pinces à demeure pendant 24 à 48 heures ou de réaliser une marsupialisation de la poche d'énucléation, si elle est assez grande, ou la fixation de sauvegarde de la plaie utérine à la plaie abdominale; et si aucun de ces moyens n'aboutissait, on aurait recours à l'hystérectomie abdominale totale, la conservation de l'utérus se présentant comme impossible dans ces conditions. Nous avons été le témoin de plusieurs faits de ce genre en opérant avec notre maître Segond (mai et juillet 1900).

Si, après l'énucléation, l'utérus était peu soutenu par suite de laxité ligamentaire, ou de perte de substance résultant d'extirpation de noyaux fibreux au niveau du segment inférieur ou moyen, si la matrice présentait une déviation trop accentuée, si elle était versée, fléchie ou prolapsée, il serait utile de compléter l'opération par une hystéropexie abdominale ou par un Alquié-Alexander suivant les circonstances.

2° Conditions tenant aux caractères particuliers de certains fibromes.

Ce sont : le trop grand nombre des noyaux fibreux, l'absence de zone capsulaire, la localisation de certains lobes fibreux (dans les cornes utérines et le Douglas), l'état anatomo-pathologique de ces fibromes (fibro-kystes, sphacèle des fibromes interstitiels), la torsion de l'utérus sur son axe déterminée par leur présence.

On a pu arriver à extraire un très grand nombre de noyaux fibreux sur le même utérus : quelques chirurgiens en ont extirpé jusqu'à 12, 15, 17, 20 et même davantage. Mais cependant il y a une limite. Quand, après l'énucléation des principaux nodules superficiels, l'incision hystérotomique exploratrice pratiquée sur la zone avasculaire, en fait apercevoir un trop grand nombre, de telle sorte que l'évacuation complète se présente comme impossible, quand on se trouve en présence d'une véritable germination dans les parois utérines de nodules fibreux petits, quand il y a une espèce de fibromatose aiguë, nous pourrions dire de granulie fibreuse aiguë, on doit renoncer à l'espoir d'une conservation de l'organe et l'hystérectomie totale s'impose; mais, dans ce cas, il faudra toutefois sauvegarder les annexes si elles sont saines.

Il est des cas où il n'existe pas autour des noyaux fibreux de

capsule qui puisse permettre l'énucléation. Nous avons dit plus haut que Claisse avait insisté, dans son beau travail, sur quelques-uns de ces adénomyomes à limites indécises, à disposition infiltrée; et nous avons même cité un cas, celui de Bouglé, où l'on fut obligé de sculpter ce qu'on pensait être le noyau fibreux circonscrit, en plein parenchyme; nous verrons plus loin des faits semblables qu'il nous a été donné d'observer. Dans ces cas, une tentative plus tenace d'énucléation est essentiellement inutile pour deux raisons suffisantes : l'intervention est bien plus difficile, est arbitraire et risque d'être incomplète; de plus, on a des chances de se trouver, dans ces circonstances, en présence de tumeurs à tendance peut-être maligne, auxquelles une éradication totale de l'utérus conviendra davantage.

Nous avons déjà parlé de certaines localisations de noyaux fibreux. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit en particulier de ceux qui se trouvaient inclus dans la région des cornes utérines, où ils étaient cause de complications graves et de difficultés opératoires réelles dues à l'ouverture du canal tubaire pouvant entraîner sa sténose : cas de Holland (1888), de Vanverts (1896), de Morestin (1900). Nous n'insisterons que sur le fait d'un fibrome développé sur la paroi postérieure de l'utérus, ayant obstrué le cul-de-sac de Douglas, et s'étant enclavé dans le petit bassin. Caboche, dans sa thèse (1897) sur l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Doyen plus ou moins modifié, cite des exemples de fibromes à configuration analogue à celle dont nous venons de parler et propose, afin de pouvoir exécuter ce procédé qui nécessite l'accès du Douglas, d'énucléer la tumeur qu'on ne peut désenclaver : la voie ainsi ouverte, le cul-de-sac postérieur devenu accessible, il serait aisé de continuer l'hystérotomie. Mais nous citerons un fait très récent de tumeur fibreuse postérieure impossible à désenclaver du petit bassin et qui nécessita une conduite toute contraire : le 7 novembre 1900, notre maître Segond fait, dans le service du professeur Pinard, une hystérectomie abdominale totale pour corps fibreux chez une jeune femme de 24 ans environ, primipare et enceinte de 3 mois. Le professeur Pinard et Segond avaient pensé à une grossesse compliquée de kyste ovarique. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva le fibrome en arrière de l'utérus, appuyé sur le sacrum et tellement enclavé, qu'il était impossible de renverser l'utérus gravidé en avant, de le basculer ainsi que le fibrome sur

lequel il n'y avait pas moyen de planter un tire-bouchon : il s'agissait d'un enclavement pur, c'est-à-dire que l'immobilisation du fibrome ne tenait pas à la présence d'adhérences dont il n'y avait pas traces. Chez cette femme, jeune, enceinte, ayant un fibrome gros comme le poing, bien localisé, l'indication d'une énucléation de la tumeur avec conservation utéro-annexielle paraissait devoir s'imposer, et pourtant, cette tumeur se présentait dans des conditions si difficiles de désenclavement, qu'il n'y avait plus à songer à l'énucléation pure et simple. Second ouvrit l'utérus, extirpa le fœtus, fit en somme une petite césarienne, et à travers l'ouverture et la cavité utérines, il vrilla, avec le tire-bouchon, le fibrome de la paroi postérieure, eut ainsi une prise solide : les manœuvres furent plus faciles et il termina par une hystérectomie abdominale totale. Comme on le voit ici, c'est cette disposition particulière du fibrome enclavé qui rendait difficile non l'hystérectomie, mais la simple énucléation. On s'est demandé, l'opération faite, si avec un aide supplémentaire qui aurait introduit sa main dans la vagin et qui aurait repoussé le fibrome par le cul-de-sac postérieur, on ne serait peut-être pas arrivé à le désenclaver facilement et si on n'aurait pas pu l'énucléer en faisant une hystérotomie médiane postérieure, la main introduite dans le vagin constituant un point d'appui résistant.

L'état anatomo-pathologique de quelques fibromes peut rendre l'énucléation ou plus difficile, ou plus périlleuse ou encore même impossible. A propos des polypectomies abdominales nous avons cité des cas de tumeurs fibro-kystiques pédiculées très volumineuses, à contenu très divers, parfois purulent, à adhérences multiples et qui purent être extirpées très heureusement malgré cette complexité de lésions; de même l'on observe des tumeurs fibro-kystiques et des kystes de l'utérus non pédiculisables, sessiles vers la muqueuse ou vers le péritoine, ou encore franchement interstitielles. On ne pourra pas souvent, dans ce cas, songer à une conservation de l'organe, mais il est des exemples où elle a été possible. Lebec dans sa thèse (1880) a bien étudié cette variété de tumeurs et il rapporte même deux cas de tumeurs fibro-kystiques suppurées. Harscha (1887) a donné, lui aussi, une observation très intéressante de cysto-fibrome interstitiel de l'utérus pour lequel il intervint par laparotomie et conserva la matrice. Il s'agissait d'une tumeur qui avait le volume d'un utérus de 7 mois et qui était sessile sur la partie postéro-supérieure gauche de la matrice; ses parois avaient

une apparence musculaire; il n'y avait pas de fluctuation nette; l'hystérométrie avait dénoncé une cavité utérine normale. Harscha fit une ponction qui retira une quantité considérable de liquide épais foncé : l'évacuation faite, les parois de la tumeur fibro-kystique se rétractèrent graduellement et avec une telle rapidité que l'utérus semblait simplement augmenté de volume : la cavité de la loge fibro-kystique ne communiquait pas avec celle de l'utérus. Cette femme, qui n'avait que 28 ans, guérit fort bien et conserva son utérus. Dans des cas semblables à celui-ci, il faut redoubler de précautions aseptiques, opérer, comme nous l'avons déjà recommandé, en dehors du ventre, drainer et marsupialiser, s'il y a lieu, et on pourra avoir le bonheur d'épargner quelques utérus au premier abord fort compromis. Nous citerons encore, pour mémoire, certains cas d'utérus bifides et trifides qui ont été plusieurs fois diagnostiqués comme des tumeurs fibreuses sous-péritonéales et enlevés par laparotomie. Depage¹⁴⁴ (1894) rapporte même un fait où un diverticulum d'utérus trifide s'était oblitéré et séparé du reste de la cavité utérine. Dans des circonstances identiques, il faudrait se comporter, si l'on a attaqué un lobe aberrant et si l'on a intéressé la cavité utérine, comme nous l'avons indiqué plus haut : la muqueuse et le parenchyme seront suturés, on drainera s'il le faut, et, dans ce cas, trop exceptionnel pour que nous insistions davantage, on pourra conserver un utérus inapte à la fécondation peut-être, encore utile à la menstruation cependant.

Mais il est un fait plus intéressant et qui mérite de nous arrêter, car il n'est pas très rare, nous voulons parler du sphacèle des fibromes interstitiels de l'utérus qui ont fait, de la part de Vautrin¹⁴⁵ (de Nancy), en 1898, l'objet d'une étude instructive. Le sphacèle des fibro-myomes interstitiels se produit par ischémie ou par infection, mais souvent par les deux processus à la fois. La gangrène par ischémie seule, en dehors de toute infection intercurrente, est exceptionnelle mais existe réellement. En tout cas, si la nécrobiose totale d'un fibrome est peu fréquente, il n'en est pas de même de celle qui s'effectue au centre des tumeurs volumineuses par suite de troubles nutritifs du néoplasme. La dégénérescence se produit, la contraction utérine contribue à la séparation des vaisseaux nourriciers contenus dans la capsule péri-fibreuse et qui allaient à la tumeur, l'infection secondaire par invasion microbienne fait le reste : l'on se trouve en présence d'une nécrose *septique* constituant

une complication d'autant plus grave qu'elle ne peut être que tardivement reconnue; elle se manifeste alors par de la septicémie, la phlébite, la lymphangite, des embolies septiques, des suppurations péri-utérines, l'ouverture des foyers purulents dans les organes avoisinants. Quant à la nécrose *aseptique*, elle est très difficile à diagnostiquer, et l'on ne pourra être sur la voie de cette complication qu'en tenant compte surtout des symptômes généraux : anémie, affaiblissement général, cachexie rappelant celle du cancer qui traduisent l'infection de l'économie par des produits de nécrobiose qu'elle ne peut éliminer, et par quelques signes locaux consistant en pertes sanguinolentes continues, quelquefois hydrorrhéiques. Dans ces cas, quelle sera la conduite à suivre? Nous ne parlerons pas ici des cas où l'on doit nettement intervenir par le vagin, nous y reviendrons plus tard, et nous n'envisagerons que ceux où la tumeur, restant interstitielle par sa masse principale, vient cependant par la partie en voie de sphacèle forcer la muqueuse utérine et envahir la cavité utéro-vaginale : si l'on intervient alors par le vagin seulement, on risque de n'enlever que la portion procidente gangrenée, sans se rendre compte qu'elle n'est que la plus petite partie de la masse incluse dans les parois utérines, qui, elle, peut ne pas participer au processus de nécrobiose. Dans la discussion qui eut lieu à ce sujet, en 1898, à la Société de chirurgie, Bouilly a bien envisagé ce cas et a recommandé de faire d'abord la laparotomie pour ne pas contaminer le péritoine, ne faisant par le ventre que l'extirpation de la portion non gangrenée, puis de terminer l'extraction de la partie sphacélée et putride par le vagin. Vautrin est enclin à conseiller l'hystérectomie abdominale totale dans tous les cas, que le processus nécrobiotique soit septique ou aseptique : il ne croit pas que l'extraction par morcellement vaginal soit possible et il la juge comme une opération « des plus délicates et même téméraire ». Nous croyons que, parfois, cette énucléation, par la voie vaginale, est au contraire tout entière possible. En résumé, dans le cas de fibromes interstitiels sphacelés, dans bien des circonstances on sera appelé à pratiquer une opération radicale, le plus souvent l'hystérectomie vaginale, si la tumeur n'est pas trop volumineuse; l'hystérectomie abdominale, si elle est trop considérable; d'autres fois pourtant, l'on arrivera à l'extirpation entière par la voie utéro-vaginale; enfin, dans des faits plus isolés, il sera permis d'énucléer ces fibromes sphacelés par la lapa-

rotomie et l'énucléation abdominale, en prenant des précautions antiseptiques extrêmes, en drainant, en marsupialisant s'il le faut, et l'on pourra ainsi sauver un utérus. On se comportera de cette dernière manière, quand le diagnostic n'ayant pas été possible, la laparotomie faite, on découvre à l'hystérotomie un utérus à fibromes dégénérés ou sphacelés inattendus, que l'on peut traiter comme nous l'avons vu pour les fibro-kystes : il ne faudrait pas oublier de faire un drainage complémentaire par le Douglas ou par la voie abdominale. On a pu obtenir certains succès en agissant ainsi.

Nous avons, à propos de la polypectomie abdominale, parlé assez longuement de la torsion des fibromes pour ne pas trop insister ici sur cette complication. Cependant il y a quelques particularités que nous devons signaler. Dans les polypes sous-séro-abdominaux, c'est ordinairement le pédicule du fibrome qui subit des phénomènes de torsion ; dans les fibromes interstitiels ou largement sessiles, c'est l'utérus lui-même qui subit une torsion sur son axe. D'après Winter¹⁴⁶ (1899), la littérature n'en contiendrait qu'une quarantaine de cas. Les fibromes interstitiels du fond de l'utérus sont principalement la cause de cette complication ; en s'élevant dans la cavité abdominale, ils entraînent le dôme utérin, allongent, étirent, amincissent et, finalement, tordent l'utérus au niveau de sa partie devenue étroite : c'est, le plus souvent, la portion supra-vaginale du col qui joue ainsi le rôle de pédicule. Dans certains cas, de par la symptomatologie présentée, l'on a pu croire à un utérus gravide s'accompagnant d'accidents péritonéaux : Ferroni¹⁴⁷ (1899) signale même un cas complexe où le fibrome interstitiel était compliqué de grossesse et de torsion axiale de l'utérus. Le traitement consiste dans l'ablation de la tumeur interstitielle, après libération des adhérences qui maintiennent souvent l'utérus dans son degré acquis de rotation sur son axe, et dans la remise en place normale de cet organe. La torsion axiale de la matrice a été vue par Frommel¹⁴⁸ (1898) à l'occasion d'une tumeur fibro-kystique colossale contenant 25 à 30 litres de liquide hémattique : l'utérus regardait tout à fait en avant par son bord gauche ; le développement très rapide de cette tumeur fut absolument analogue à celui d'un kyste ovarique à pédicule tordu, car les poussées hémorrhagiques successives se sont faites, sous l'influence de la stase veineuse occasionnée par la torsion, dans l'intérieur du fibro-kyste : la ponction des cavités kystiques, la résection d'une partie

de leurs parois, la suture exacte, ou bien la fixation à la paroi, ou encore la marsupialisation et le drainage pourront, dans des circonstances semblables, permettre de conserver l'utérus.

3° Conditions tenant à l'état des organes voisins.

Ce sont : les déplacements de la vessie par rapport à l'utérus, les dénudations du péritoine péri et para-métritique par libération des adhérences, les lésions concomitantes de l'appareil annexiel.

Les déplacements de la vessie ne sont pas rares dans les fibromyomes. Oscar Bloch¹⁴⁹ (1898), sur 38 cas de déplacement vésical, en rapporte 11 dus à des fibromes, et sur ces 38 cas, la vessie a été blessée 36 fois durant l'opération. C'est assez dire l'importance que l'on doit attacher à cette complication qu'il faut toujours prévoir. Le sommet de la vessie remonte parfois très haut et les parois de ce réservoir ont tellement changé qu'on peut très facilement les méconnaître. La vessie prend parfois une forme allongée et rétrécie, à tel point qu'il est arrivé à certains de la prendre pour le pédicule de la tumeur. Dans ces conditions de déplacement, elle change tout à fait d'aspect et l'on croit se trouver en présence de vieilles adhérences. La blessure de la vessie se fait dès le début de l'opération, parce qu'on pense avoir sous les yeux un péritoine épaissi et altéré; d'autres fois on lèse cet organe durant l'opération et, souvent, sans s'en apercevoir. Quand on ouvre le péritoine, on devra le faire très prudemment, et si la séreuse paraît suspecte, on reportera l'incision plus haut. Lorsque les fibromes sont développés, surtout dans la paroi antérieure de l'utérus et quand on aura lieu de penser que la vessie a subi un mouvement ascensionnel avec l'utérus fibromateux, il sera nécessaire, par une exploration à la sonde, de se rendre compte du niveau où le sommet vésical a pu remonter, en agissant ainsi, au moment de la section sagittale hystérotomique dans la zone avasculaire médiane de l'utérus, on ne risquera pas de tailler en pleine vessie croyant avoir affaire à la paroi utérine antérieure. Si l'on soupçonnait avoir blessé la vessie durant l'intervention, il conviendrait de s'en assurer par une injection vésicale d'eau stérilisée poussée doucement. Albert¹⁵⁰ (de Vienne) avait prévu cette complication du traumatisme vésical, quand il procédait à une énucléation abdominale; dans les cas où la vessie montait en avant de la tumeur, il passait une longue aiguille au-dessus du cul-de-sac vésical et

plaçait une ligature élastique au-dessus de cette aiguille de façon à ne pas intéresser la vessie; ce procédé peut nous paraître aujourd'hui quelque peu primitif : il n'est nul besoin de transpercer l'utérus qui n'en peut mais.

A la suite des énucléations abdominales, en particulier pour des fibromes interstitiels et sous-séreux postérieurs, enclavés dans le petit bassin, remplissant le Douglas où ils y sont fixés par des adhérences qu'il a fallu détruire, il y a parfois une dénudation assez considérable du péritoine pelvien qui favorise une sécrétion, un suintement plus ou moins abondant, avec stagnation, décomposition et fermentation microbienne dans le cul-de-sac Douglas, constituant ainsi un excellent milieu de culture où peuvent pulluler des microbes d'origine diverse, en particulier d'origine intestinale. Le tamponnement à la Mickulicz, le drainage abdomino-péritonéal ou vagino-péritonéal, peuvent rendre de grands services et préviennent les accidents de rétention : cependant, le drainage capillaire par la gaze est lent, n'agit plus une fois que les mèches sont imbibées et saturées de liquides, les drains de caoutchouc peuvent s'oblitérer par des fausses membranes, des caillots, une frange épiploïque faisant office de bouchon. Dans ces cas, on utilisera avec avantage la *méthode d'aspiration* préconisée depuis longtemps en Angleterre par Lawson Tait, Keiths, Greig Smith. Duret¹³¹, en France (1895), l'a conseillée vivement. Cette aspiration se fait au moyen de drains de verre renflés en boule à l'extrémité qui sera placée dans le Douglas, évasés en entonnoir à l'autre extrémité qui ressortira par le ventre, de telle sorte qu'ils ne peuvent disparaître dans la cavité abdominale. On remplit avec une lanière de gaze peu tassée le drain de verre, et l'on met par-dessus un pansement abdominal à plat. Au moyen d'un appareil, on fait l'aspiration des liquides après avoir retiré la mèche que l'on remplacera par une propre, et l'on arrive ainsi à l'assèchement du cul-de-sac. L'aspiration pourra être faite toutes les 3 ou 4 heures pendant ces premiers jours.

Si les lésions annexielles concomitantes des fibromes de l'utérus ne sont pas rares, il arrive aussi, bien souvent, qu'avec ces tumeurs, l'ovaire et la trompe sont absolument indemnes, ou encore qu'ils ne sont touchés que superficiellement et d'une façon réparable, ou enfin, ne sont altérés vraiment que d'un seul côté. J.-F. Pompe van Meedervoort¹³² a fait une étude soigneuse (1897) de l'état de

l'ovaire dans les cas de corps fibreux de l'utérus, et s'il a observé sur un certain nombre d'utérus fibromateux enlevés en même temps que les annexes, ces dernières dégénérées, souvent aussi il les a trouvées absolument intactes. S'il y a altération annexielle d'un seul côté, on se contentera d'une ablation unilatérale, d'un demi-Batley, et l'on fera, tout de même, de la chirurgie conservatrice, suffisante pour la fécondation et la menstruation. A. Martin a fait une fois l'énucléation abdominale de fibromes avec ablation unilatérale des annexes; dans d'autres circonstances, il a exécuté une castration double. Pozzi a jadis combiné la castration avec une myomectomie. Il est évident que s'il n'y a pas possibilité de conserver les trompes et les ovaires, mieux vaudrait aujourd'hui, au lieu d'énucléer les fibromes, pratiquer une hystérectomie totale immédiate. Mais si les lésions tubo-ovariennes ne sont pas très accentuées, on peut faire mieux encore, en cherchant à réaliser la conservation avec restauration des annexes en même temps que la conservation et la restauration de l'utérus débarrassé de ses fibromes. Bien des chirurgiens ne sont pas partisans de cette chirurgie oophoro-salpingienne, et nous avouons pour notre part, qu'il nous semble, à l'heure actuelle, un peu trop exagéré de faire courir à une malade les chances d'une laparotomie, pour si aseptique que l'on soit, simplement pour une petite résection ovarienne, une ignipuncture, un cathétérisme tubaire : c'est vraiment là, croyons-nous, un acte chirurgical disproportionné avec les lésions qu'il est destiné à combattre. Mais il en est autrement, quand le diagnostic reconnu inexact, on trouve des lésions bien plus légères que celles auxquelles on s'attendait quand on fait une section abdominale pour traiter autre chose que les annexes : il est très naturel alors de profiter de la laparotomie pour exécuter cette chirurgie parcimonieuse qui devient, dans ce cas, un complément accidentel de l'acte principal. On ne peut nier qu'il y a eu et qu'il y a un mouvement en faveur des opérations conservatrices de l'ovaire et de la trompe et qu'elles ont donné des résultats que l'on n'a pas le droit de mépriser, surtout quand ils sont apportés par des chirurgiens renommés et dont la compétence est incontestée. Schröder, dès 1884, avait conservé d'une façon préméditée, par la résection, un fragment d'ovaire sain. A. Martin, depuis 1889, a fait plusieurs tentatives dans ce sens, et dans une statistique qu'il rapporté au Congrès de Breslau en 1893, il mentionne une résection

ovarienne faite par lui pour ovarite chronique à l'occasion d'un petit fibrome sous-péritonéal. Abel, Muller, Sippel, Zweifel, après Schræder et A. Martin, ont pratiqué également des essais en Allemagne ; citons encore Gersuny (de Vienne), puis les chirurgiens américains Polk, B. Sherwood-Dunn, Dudley, R.-T. Morris. Ce dernier (1896) a fait le cathétérisme des oviductes, libéré les adhérences, empêché leur reformation en touchant les surfaces saignantes avec du permanganate de potasse pulvérisé, puis en les badigeonnant avec de l'aristol qui se recouvre rapidement d'un coagulum séreux formant un obstacle à de nouvelles adhérences et permettant la reproduction facile de l'endothélium, a fait la section de trompes oblitérées au niveau de leur pavillon, les a étalées et suturées à l'ovaire, et il a observé à la suite plusieurs cas de grossesse. En France, Pozzi se fait, dès 1891, par une série de travaux personnels, le promoteur de cette méthode conservatrice des annexes : il pratique l'ignipuncture pour ovarite sclérokystique, crée la salpingorrhaphie qui consiste à étaler et à fixer le pavillon tubaire sur le moignon de l'ovaire réséqué ; il inspire la thèse de Delaunay (1893), le travail de Delangre (1894), la thèse de Donnet (1895) où sont consignées les observations de son service avec les résultats éloignés. Sur 48 malades de Pozzi ayant subi ces opérations conservatrices, 12 sont devenues enceintes. Mentionnons encore les cas opérés par Schwartz (1894), rapportés dans la thèse de son élève E. Raguin, ceux de Delbet (1896), puis les observations de Richelot, Tuffier, Legueu, Clado, renfermées dans la thèse de Montana (Paris, 1899), la thèse de Jarsaillon (Lyon, 1899), celle d'Albert Fraikin (Bordeaux, 1899), un article de Goullioud (de Lyon), sur la salpingostomie, paru dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (1900), celui de Vidal (de Périgueux) paru dans la *Revue* de Pozzi (1900). Tous ces auteurs ont rapporté des cas heureux, décrit les diverses petites opérations conservatrices de l'appareil tubo-ovarien, de telle sorte, qu'après une période de castration trop enthousiaste qui commence avec Lawson Tait, pour qui l'ablation bilatérale était une règle, même lorsqu'une seule trompe était altérée, un revirement s'est produit, favorable à la conservation des annexes, comme à celle de l'utérus. Richelot, dans son rapport au Congrès d'Amsterdam de 1899, sur la valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire, n'a pas manqué de

faire ressortir combien, avec la méthode aseptique, on pouvait s'autoriser à traiter les annexes en ne s'adressant directement qu'à leurs parties atteintes. Donc, à la chirurgie des fibromes avec conservation de l'utérus, on pourra très bien associer la conservation des annexes, dans une certaine mesure, lorsqu'elles seront malades, et l'énucléation abdominale devra parfois s'accompagner de détachement d'adhérences filamenteuses dues à la péri-oophorosalpingite, de l'ignipuncture d'une ovarite scléro-kystique, de la résection d'une portion de l'ovaire après une oophorotomie exploratrice, d'un cathétérisme de la trompe, d'une salpingorrhaphie, ou encore de la réfection d'un pavillon de la trompe ou salpingostomie, etc. On aura ainsi, en préservant et en restaurant les annexes, conservé la fonction menstruelle, la possibilité de fécondation, évité la production des malaises consécutifs à la castration, respecté la sécrétion ovarienne dont le rôle est aujourd'hui soutenu par un grand nombre d'auteurs. Il va de soi qu'il faut tenir grand compte de l'âge de la malade : chez les femmes au voisinage de la ménopause ou après la ménopause, cette chirurgie conservatrice des annexes, comme complément de celle de l'utérus n'a plus sa raison d'être si la trompe et l'ovaire sont malades.

F. Soins consécutifs. — Complications post-opératoires.

Les soins consécutifs sont ceux de toute laparotomie. Nous n'y insisterons pas. Ehrendofer¹⁵³ (1899) qui a fait une grande quantité de laparotomies dont un certain nombre pour énucléations abdominales, conseille, si la malade se plaint de la soif, de lui donner avec précaution des lavements d'eau stérilisée, et si elle souffre d'y ajouter XX gouttes de teinture d'opium.

Si la malade est en état de shock après une énucléation abdominale un peu prolongée, on devra lui administrer une injection sous-cutanée d'eau salée. Si même elle était en état de dépression actuelle, cette injection de sérum artificiel serait faite dans les veines au niveau de la médiane basilique ou mieux de la saphène interne. Quelques chirurgiens préconisent même l'injection de sérum avant l'opération. Laphorn Smith¹⁵⁴ (1897) insiste beaucoup sur la nécessité de la sérothérapie pré-opératoire chez les malades anémiées et exsangues, ce qui n'est pas rare dans le cas de fibromes. Du reste au courant de l'intervention, si le pouls faiblissait, on y aurait recours également. Laphorn Smith attribue le shock à des

causes multiples : à l'anesthésie prolongée, à la manipulation prolongée de l'intestin, au refroidissement de la malade et aussi à une hémorrhagie *intra-veineuse*, c'est-à-dire à l'afflux du sang dans les veines qui en étaient dépourvues depuis longtemps à cause de la présence d'une grosse tumeur : c'est pourquoi il conseille d'inonder le péritoine avec une solution saline qui fournit ainsi un point d'appui aux parois veineuses amincies et qui remplit par osmose le système vasculaire. L. Smith administre à ses malades de la strychnine pour maintenir l'intestin rétracté.

A propos des injections sous-cutanées de sérum artificiel, il faut savoir qu'elles provoquent parfois une certaine hyperthermie. Le professeur Debove¹⁵⁵ a constaté des élévations de température pouvant varier de 1° à 3° au-dessus de la normale et présentant leur maximum 6 à 10 heures après l'injection. Cette hyperthermie peut se produire en dehors de toute infection et chez des malades complètement apyrétiques auparavant, ainsi que l'a démontré Debove. Nous pensons que cette notion est utile à retenir, car il faudra discerner, après l'opération, si l'élévation de température est due simplement au sérum ou tient au contraire à un début d'infection, mais il sera prudent de compter davantage avec celle-ci. Après ces interventions abdominales peut se produire ce qu'on a appelé la *fièvre traumatique aseptique*, qui a été l'objet d'études intéressantes de la part de Terrier et Bouilly, d'Ansonneau (de Toulouse), de Pillon¹⁵⁶ (de Nancy). Cette fièvre est due sans doute à la résorption de substances pyrérogènes provenant de l'épanchement hématique, des produits de nécrobiose des cellules lésées mécaniquement. D'après Terrier, Bouilly, Ansonneau, l'élément nerveux sensitif jouerait un rôle important dans l'élévation de la température : c'est là la théorie de la fièvre réflexe. Toujours est-il que cette fièvre traumatique *aseptique* est utile à connaître au point de vue pratique : le chirurgien averti pourra s'éviter des craintes inutiles et renoncer à des interventions intempestives.

Jayle, dans sa thèse (Paris 1895) sur la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire, a montré que si l'on voyait, depuis la période antiseptique, bien moins de septicémies suraiguës, la péritonite s'observait encore maintes fois se présentant sous des formes anormales, à surprise, et se traduisant par une infection relative et plus ou moins modérée. Dans un article fort intéressant de la *Revue* de Pozzi, Auché et Chavannaz¹⁵⁷ (de Bordeaux) (1899) ont étudié,

plus récemment, les infections péritonéales bénignes d'origine opératoire, montré qu'il y avait toujours ensemencement de la séreuse et que l'infection a ses degrés qui se mesurent à la résistance des malades, à la quantité des germes introduits, à leur virulence surtout, et qu'en somme il y a toujours péritonite latente qui éclate ou non suivant la puissance de défense de la séreuse. Dernièrement notre collègue Rebreyend¹⁵⁸, dans un article remarquable paru dans la *Revue de Gynécologie* de Pozzi (1900), reprenait ce sujet et insistait sur le rôle de l'hémostase incomplète, sur la petite hémorrhagie résiduelle moins grave par elle-même que par l'infection dont elle peut être l'origine, et il décrivait, en termes très exacts, cette péritonite subaiguë que l'on voit de temps à autre, qui ne répond plus à l'ancien tableau classique, qui se traduit sous la forme d'une infection très modérée d'abord, lente à se découvrir, trompeuse dans son évolution et se marquant surtout par des signes intestinaux. Rebreyend l'appelle très heureusement la *péritonite de la période antiseptique* : les accidents que volontiers on attribue au shock, à l'occlusion paralytique, ne seraient bien souvent que les signes d'une infection plus ou moins atténuée. Nous avons insisté à dessein sur ces infections plus ou moins bénignes, en tout cas traîtresses, pour montrer que si on doit les prévenir par un assèchement parfait du péritoine, par une hémostase aussi complète que possible, on devra s'attacher à surveiller leur apparition afin d'intervenir par une thérapeutique active. En tout cas, durant l'intervention, comme l'a bien enseigné le professeur Pozzi, le suintement sanguin peut être nul à cause de l'hypotension artérielle due à l'anesthésie, mais lorsque la malade se réveille, la pression artérielle remonte parallèlement, et l'hémorrhagie, légère sans doute, se produit une fois le ventre fermé, alors qu'on croyait l'hémostase parfaitement assurée : « Il faut se défier, dit-il, surtout des malades à anesthésie troublée, avec menaces de syncope, chez lesquelles les vaisseaux saignent peu et que l'on opère vite à cause du danger urgent. »

Lorsqu'il y a eu hémorrhagie intra-péritonéale après la laparotomie, mais qui a cessé pourtant, on voit la température s'élever parfois. Poncet, dans sa thèse, avait bien étudié cette élévation thermique au cours de la résorption des épanchements sanguins. Pozzi¹⁵⁹ pense que c'est la résorption du sang qui, en subissant certaines transformations et en formant des toxines, détermine la

fièvre; d'autres chirurgiens croient, au contraire, que celle-ci est due à la transformation septique de l'épanchement sanguin. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on soupçonne ces épanchements sanguins qui peuvent se produire par le suintement à travers les plaies utérines d'énucléation ou par l'hémorrhagie capillaire en nappe au niveau des surfaces dénudées de l'utérus ou du péritoine circonvoisin, et bien qu'on puisse les juger arrêtés, il faudra, s'il y a élévation thermique, se comporter envers eux comme s'ils étaient septiques, les évacuer et les drainer.

D'une façon générale, après la laparotomie pour énucléations abdominales où de multiples causes : la durée de l'opération, les incisions utérines nombreuses, l'état plus ou moins altéré des fibromes, l'inflammation de leurs capsules, le suintement sanguin possible comme nous l'avons vu, le dépouillement épithélial du péritoine pelvien, etc., peuvent donner lieu, malgré la meilleure technique, l'asepsie la plus minutieuse, à l'infection péritonéale post-opératoire, il ne faudra pas considérer la situation absolument perdue, et, découragé, ne faire qu'un traitement symptomatique sur lequel on n'a pas d'illusion, on devra avoir le courage d'intervenir dès l'apparition des premiers signes, en tenant compte des restrictions dont nous avons parlé plus haut. Nous n'avons pas à tracer ici les symptômes d'une infection péritonéale à son début, mais quand, surtout, on constatera la fréquence, la faiblesse et l'irrégularité du pouls alors que la température est cependant normale ou au-dessous, on pourra s'autoriser à rouvrir le ventre, le laver et le drainer par l'abdomen et le vagin. Notre collègue Batigne¹⁶⁰ qui a traité ce sujet (thèse, Paris, 1898) est absolument convaincu que beaucoup d'opérées échapperaient à une mort certaine, si l'on agissait sans tarder comme nous venons de le dire. Forgeue (de Montpellier), au Congrès français de chirurgie de 1899, a abordé cette question, préconisé le traitement précoce et conseillé même un drainage par l'abdomen, au moyen des tubes de Guyon-Périer, analogue au drainage vésical : on amorce les tubes enfoncés jusque dans le Douglas et il se fait ainsi un drainage très actif : Forgeue doit un succès à cette façon de procéder.

Pourtant, si l'on ne doit pas rester impuissant en face d'une infection péritonéale commençante et s'il faut s'efforcer de la faire avorter, il faut tenir compte de nuances très délicates, indéfinissables même, que l'on acquiert dans la pratique de la chirurgie abdomi-

nale, et qui commandent au praticien d'intervenir à nouveau ou de se borner à un traitement symptomatique, à l'emploi de moyens thérapeutiques précieux pouvant donner des succès et éviter parfois une nouvelle laparotomie, d'ailleurs aléatoire.

Après les opérations abdominales, en particulier après les interventions pour fibromes de l'utérus, l'embolie pulmonaire est relativement fréquente. Il s'agit là d'une complication que, la plupart du temps, on ne peut prévoir et qui survient comme un coup de foudre. Nous avons eu l'occasion personnellement d'en observer plusieurs cas. On trouvera dans la *Revue* de Pozzi (numéro de juillet-août 1900) une étude de G. Michel extrêmement intéressante et complète de cette complication le plus souvent mortelle. Michel donne une statistique proportionnelle de l'embolie par rapport à l'intervention (hystérectomie abdominale et vaginale); pour ce qui est de la myomectomie, il y aurait une mortalité de 1,4 p. 100 par embolie. Mais ce n'est là qu'un chiffre. Nous ne ferions pas mention de cette complication, qui ne serait qu'un détail pathologique dans une étude où nous nous sommes proposé uniquement le traitement des fibromes et non leur symptomatologie, si nous n'avions à montrer le côté pratique qu'il y a à connaître ce terrible accident pour le prévenir dans un certain nombre de cas. Th. Wyder¹⁶¹ (1896) a attiré l'attention sur un signe important qui peut faire soupçonner l'imminence de cette redoutable complication due, le plus souvent, à la thrombose des veines pelviennes surtout chez des femmes cachectisées par des métrorrhagies continues et porteuses de fibromes déterminant des phénomènes de compression. Wyder formule ceci : « Quand, après les deux ou trois premiers jours après l'opération, on constate *un pouls plus fréquent* qu'à l'ordinaire, et ceci dans des conditions où les phénomènes de la septicémie font défaut, où la *température reste normale*, et l'état général satisfaisant; quand en un mot, cette fréquence anormale du pouls ne peut être rattachée à aucune cause, cette fréquence acquiert une très grande valeur et doit faire penser à l'existence d'une thrombose des veines profondes ou superficielles. » Il y a là une indication pronostique utile à connaître pour dégager d'autant la responsabilité du chirurgien et aussi pour indiquer la conduite thérapeutique à suivre. A. Martin (de Berlin) attache, lui, une grande importance à la *mollesse du pouls* qui serait encore plus frappante que sa fréquence. En tout cas, dans ces conditions, il

faudra imposer à la malade un repos absolu avec la plus extrême rigueur; s'il le faut, on aura recours aux narcotiques pendant les premiers jours chez les malades indociles, afin d'éviter les mouvements brusques pouvant provoquer la rupture d'un caillot; on soutiendra l'énergie cardiaque par des injections de caféine, de camphre, etc. On n'autorisera la malade à se lever que lorsque le pouls sera redevenu régulier et que les autres symptômes de thrombose auront définitivement disparu. On devra même être prophylactique et, selon la recommandation de Buschbeck et Wyder, on pratiquera un examen approfondi du système circulatoire chez une malade qui est appelée à subir une intervention pour fibrome et l'on s'abstiendra si on lui constate de l'œdème des membres inférieurs, des veines dures, douloureuses, de la fréquence et de la mollesse du pouls, à moins qu'il n'y ait urgence opératoire. Peut-être pourrait-on, à l'intervention, si l'on tombait sur des veines thrombosées, faire des ligatures veineuses au-dessus des segments supposés, oblitérés, lorsque ce serait possible, afin d'éviter le détachement et l'entraînement du caillot par le courant sanguin.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

Nous n'avons pas, en ce moment, à démontrer que la chirurgie conservatrice mérite d'être, à affirmer qu'il est illogique et, par conséquent, pas permis d'enlever tout l'utérus avec ses annexes parce qu'il contient un fibrome et même *des* fibromes, à prouver l'utilité de la fonction ovarienne, à plaider pour la suppression de la stérilité opératoire alors qu'elle peut être évitée, mais nous devons surtout mettre en lumière l'inégalité des fibromes devant *une* opération, et faire comprendre que par leur siège, leur forme, leur volume et leur nombre, ils sont sujets d'indications opératoires variables.

Or, l'énucléation abdominale trans-utérine s'adresse à quelles variétés topographiques et morphologiques, à quel volume, à quel nombre de fibromes? C'est la question en litige et c'est le point intéressant.

Indications.

La situation des fibromes.

L'énucléation abdominale trans-utérine s'adresse à tous les fibromes où qu'ils siègent, sur les faces, sur le fond, au niveau de la portion supra-vaginale du col ou du segment inférieur de l'utérus. Ceux des bords sont inclus dans le ligament large ; nous en parlerons plus loin. Pour ces diverses variétés topographiques, l'énucléation par incision directe sur la saillie du fibrome ou leur recherche et leur extirpation par hystérotomie médiane antérieure ou postérieure, conviennent, et l'on se laissera guider par les circonstances, suivant les conditions dans lesquelles se présentent ces tumeurs et selon le procédé dont on a plus particulièrement l'habitude. Mais il ne faut pas oublier que les fibromes développés au niveau des cornes utérines sont tout à fait justiciables de l'énucléation abdominale, même au risque d'ouvrir la trompe correspondante. Si les autres noyaux fibreux situés à la surface de l'utérus peuvent être tolérés pendant assez longtemps et attendre l'intervention, ces fibro-myomes des cornes utérines commandent une opération plus hâtive, et l'énucléation aussitôt qu'ils sont diagnostiqués : nous avons suffisamment expliqué pourquoi au manuel opératoire.

Le volume des fibromes.

Plusieurs chirurgiens, et quelques-uns, parmi les initiateurs qui ont pourtant enlevé, par énucléation abdominale, de volumineuses tumeurs, voudraient voir réserver cette opération conservatrice aux petits fibromes. A ce point de vue, l'indication de l'énucléation serait vraiment un peu restreinte. Les faits sont d'ailleurs là pour montrer qu'on a été jusqu'à enlever, tout en conservant l'utérus, des fibromes énormes. Rappelons qu'Hager¹⁶² a extirpé un fibrome pesant 1 750 grammes, Muller¹⁶³ un de 2 700 grammes, Blanc¹⁶⁴ un fibrome gros comme une tête d'enfant de 2 à 3 mois, Leopold¹⁶⁵, Ascher¹⁶⁶, Geltröm¹⁶⁷, Martin¹⁶⁸, des fibromes gros comme une tête d'adulte ; Bukowsky a énucléé un fibrome dépassant l'ombilic, Témoin¹⁷⁰ des fibromes pesant de 3 à 18 kilogrammes, Bandl¹⁷¹ a enlevé un fibrome qui remontait jusqu'au diaphragme. Nous citons au hasard, et nous pourrions en nommer bien d'autres.

Pour nous, éliminant les cas qui ressortissent à l'hystérectomie abdominale totale, et cela généralement, plutôt à cause de la déformation utérine, de la situation de certains lobes, de lésions concomitantes, qu'à cause du volume seul du fibrome, nous pensons que si un fibrome est volumineux, l'énucléation abdominale peut s'imposer s'il est sous-péritonéal, sessile ou interstitiel; tandis que s'il est de faible volume on peut discuter sur la préférence à donner à l'énucléation par voie vaginale.

Le nombre des fibromes.

Malgré la pluralité des noyaux fibreux, l'énucléation abdominale est indiquée tout de même. Blanc n'a-t-il pas enlevé jusqu'à 7 fibromes sur le même utérus, Kelly 17, Alexander ¹⁷² jusqu'à 25? Il est bien évident que l'on ne peut faire cette polyénucléation que jusqu'à une certaine limite variable. L'hystérotomie médiane exploratrice décidera de la conservation ou non de l'utérus.

État des annexes.

L'énucléation abdominale devra être tentée, en dehors des conditions de possibilité tenant à l'utérus seul, chaque fois que les annexes seront saines, bien entendu, mais encore lorsque l'ovaire et la trompe d'un côté seront malades : l'énucléation abdominale se complétera par une castration unilatérale, un demi-Batley, et l'on fera ainsi de la très bonne chirurgie conservatrice. Nous avons vu, au courant de cette étude, que, bien des fois, cette annexectomie a été pratiquée consécutivement à l'énucléation : il est arrivé même que des malades sont devenues enceintes, ce qui prouve bien la suffisance de cette conduite. Bien plus, si les annexes sont touchées des deux côtés, on pourra tenter, vis-à-vis d'elles, quelques interventions conservatrices : ignipuncture de l'ovaire, résection partielle de cet organe, salpingorrhaphie, salpingoplastie, etc.; nous n'avons pas besoin d'ajouter à ce que nous avons dit plus haut à ce sujet : qu'il nous suffise de dire que, même dans ces cas, l'on a observé des résultats excellents et vu plusieurs femmes devenir enceintes.

L'âge des malades.

L'énucléation abdominale peut être exécutée à tous les âges. Hager a opéré une femme de 23 ans; Muller une autre de 25 ans.

Blum (de Leipzig), Engström ont pratiqué des énucléations abdominales chez des femmes de 64 ans. Chez la jeune femme, la question de l'âge a une très grosse importance, pour faire chez elle l'énucléation au lieu d'une opération radicale : c'est qu'en dehors de la fonction ovarienne et menstruelle il y a intérêt à respecter la possibilité de la conception. Ammam¹⁷³ a opéré une femme stérile depuis 8 ans et qui, peu après l'énucléation d'un fibrome, eut trois grossesses successives. Chez les femmes ménopausiques et les femmes âgées, l'utérus et même les ovaires ne sont point organes inutiles, bien que délaissés, et méritent le respect opératoire, ne serait-ce que pour l'utilité de leurs attaches ligamentaires dans la statique pelvienne, d'autant qu'il s'agit souvent, chez elles, d'abdomens plus ou moins ptosiques.

État de gravidité de l'utérus.

L'énucléation est très possible chez la femme enceinte; bien souvent elle n'a pas interrompu la grossesse; nous y reviendrons dans un chapitre spécial.

Pour ce qui est de la possibilité de la grossesse après une telle intervention, elle est prouvée par des cas si nombreux qu'on ne les compte plus : Muller, Krönlein¹⁷⁴, Engström, Ricard¹⁷⁵, etc., en ont observé. Nous en avons cité un grand nombre au cours de l'histoire général de cette opération. Chevrier a réuni 14 cas de grossesses consécutives à l'énucléation abdominale; Zwibel, 18 cas; Longuet, 7 cas; Ferendinos, 14 cas.

En somme, la situation, le volume, le nombre des fibromes, l'état des annexes, l'âge de la malade, l'état de gravidité de l'utérus, souvent, ne contre-indiquent pas cette opération conservatrice, généralement facile et efficace, à la condition d'y apporter des soins d'exécution scrupuleux sur lesquels nous avons longuement insisté. Elle a l'avantage de respecter le tissu sain, n'enlevant que les parties malades, et ce, grâce à la disposition capsulée des fibromes qui ont, par eux-mêmes, une tendance naturelle à l'énucléation spontanée. L'énucléation a vraiment sa raison d'être, et chacun a pu voir, dans ces dernières années, sur des pièces extirpées par hystérectomie abdominale ou vaginale, que l'énucléation eût été possible avec une gravité pronostique opératoire d'ailleurs moindre.

Contre-indications.

Ces contre-indications, toutes à peu près formelles, tirent leur cause soit de l'état de la malade, soit de certaines conditions inhérentes aux fibromes eux-mêmes.

Contre-indications tenant à l'état de la malade.

Chez un certain nombre de femmes atteintes de fibromes, il n'est pas rare d'observer une dégénérescence graisseuse du cœur, le fait est assez connu. On a vu aussi des malades présentant de la dégénérescence du foie; Engstrøm¹⁷⁶ en a signalé un cas qui entraîna, d'une façon évidente et contrôlée à l'autopsie, la mort de la malade quelques jours après l'opération. On a constaté assez souvent également de l'albuminurie et des phénomènes urémiques graves. Ces diverses affections, si elles ont atteint un degré accentué, commanderont l'abstention opératoire, comme du reste pour toutes les interventions en général. Cependant, l'on ne doit pas oublier qu'elles sont parfois engendrées, en tout cas aggravées par la présence du fibrome. Ainsi, l'on a vu, Pozzi, Doyen¹⁷⁷ entre autres, des malades bénéficier de l'intervention, non seulement au point de vue local, mais au point de vue général, et en particulier des symptômes urémiques inquiétants disparaître après des énucléations abdominales. Quoi qu'il en soit, ce sera affaire de sens clinique, pour discerner si l'on peut prendre sur soi de tenter d'améliorer l'affection médicale en supprimant le fibrome ou si l'on doit abandonner la malade à elle-même.

L'âge avancé de la malade est très généralement une contre-indication, bien que l'on ait opéré avec succès des femmes âgées. Cette considération qui est valable pour l'énucléation abdominale, contre-indique, à plus forte raison il est vrai, l'hystérectomie abdominale totale. C'est dans ces cas que les ligatures atrophiantes peuvent être de quelque utilité.

Quand il s'agit d'une femme jeune, pour laquelle on pourrait songer tout d'abord à une opération conservatrice, mais qui présente un fibrome à évolution progressive et rapide, pouvant inspirer quelque inquiétude au sujet de la nature maligne de la tumeur, il vaudra mieux renoncer à l'énucléation et partir pour une opération radicale : cependant, cette décision pourra n'être prise qu'une fois le ventre ouvert.

Contre-indications tenant à l'état de certains fibromes.

Lorsque la pluralité des noyaux fibreux est telle que l'utérus en est pour ainsi dire criblé, lorsque la matrice est atteinte de fibromatose généralisée, de granulie fibreuse, oserions-nous dire par comparaison, il est puéril de vouloir songer un instant à supprimer toute cette semence fibreuse en germination.

Mais en dehors de ce cas indiscutable, quand on voit après un commencement d'énucléation que les noyaux fibreux, bien qu'extirpables, en particulier, malgré leur nombre, ne laisseraient après, qu'un utérus disloqué, affalé, mou et aréolaire comme une éponge, mieux vaut supprimer laconiquement cet utérus misérable et incapable, par une hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale dont l'hystérotomie médiane aura été le premier temps.

En dehors de la dégénérescence fibro-myomateuse généralisée dont nous venons de parler, on devra renoncer à l'opération conservatrice par énucléation abdominale : lorsqu'on se trouvera en présence de fibromes kystiques, mous et ramifiés (dans un cas, cependant, Tuffier fut assez heureux d'extirper, après une longue et laborieuse opération par morcellement à travers l'incision utérine un fibro-myome kystique diffus, criblé de petits kystes, diffluent, friable et ramifié, du volume de deux poings ; la cavité utérine ne fut pas ouverte ; mais c'est là un exemple très exceptionnel) ; lorsqu'on aura affaire à des fibromes sphacelés ou suppurés qui exposent à la péritonite et à la septicémie (bien qu'il y ait des faits où l'on a pu conserver l'utérus dans ces circonstances) ; lorsqu'on pourra penser que certains lobes fibreux sont, au centre, en voie de dégénérescence maligne (mais ce diagnostic ne peut être assuré que par l'examen histologique ; plusieurs auteurs en ont vu des cas tout à fait évidents) ; lorsqu'enfin la tumeur, après un essai d'énucléation, fait voir qu'elle sera inextirpable du muscle utérin à cause de l'absence de capsule péri-fibreuse (il en existe des exemples : Claisse a décrit, dans sa thèse, des adéno-myomes à forme infiltrée, à limites indécises ; depuis longtemps plusieurs chirurgiens ont eu l'occasion de voir de ces tumeurs consistantes inséparables de la matrice ; nous avons eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas, et nous avons cité plus haut l'exemple intéressant de Bouglé¹⁷⁸ qui exécute une énucléation, pour ainsi dire artificielle, pour un adéno-myome infiltré de la corne utérine ; dernièrement, ce même chirurgien présentait à la Société anatomique (juillet 1900)

une tumeur constituée par un fibrome unique, arrondi, ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, saillant sous la muqueuse, pour laquelle il fit une hystérectomie abdominale supra-vaginale : « il n'existait pas entre le fibrome et la paroi utérine de zone celluleuse décollable. Ici, l'isolement du fibrome eut été laborieux, il y avait, sur une grande étendue de la surface de la tumeur, fusion entre elle et la paroi utérine. Sur la pièce enlevée, l'énucléation était encore difficile. » Dans ce cas, l'énucléation était encore possible, mais eut été malaisée. Vu l'âge de la malade (43 ans), la conservation de l'utérus n'avait pas autant d'intérêt, aussi Bouglé préféra-t-il faire l'hystérectomie qu'il considère comme moins grave. D'après le dessin que notre maître et ami Bouglé donne de cette tumeur, il semble bien que s'il pensait, avec raison, ne devoir pas tenter l'énucléation abdominale, l'énucléation par voie vaginale eût été possible avec un minimum de dangers, parce qu'elle était sous-muqueuse. Ce qu'il faut retenir de cette observation, c'est le manque, en tout cas partiel, de zone capsulaire, comme contre-indication de l'énucléation).

Discussion des critiques adressées à l'énucléation abdominale.

On a accusé l'énucléation :

- 1° D'exposer à des hémorrhagies primitives ou secondaires graves ;
- 2° D'exposer aussi à l'ouverture de la cavité utérine et à l'infection consécutive ;
- 3° D'abandonner dans l'utérus des fibromes inaperçus et de favoriser ainsi la récurrence ;
- 4° De ne pas être applicable à tous les cas ;
- 5° D'être une opération grave, davantage même que l'hystérectomie abdominale totale.

1° Question de l'hémorrhagie.

On a reproché à l'énucléation abdominale de donner lieu à des hémorrhagies : pendant la section du muscle utérin ; immédiatement après l'acte de l'énucléation, comme s'il s'agissait de suintement sanguin par décompression ; et après l'opération, la paroi abdominale fermée.

Baldy (de Philadelphie), dans son rapport au Congrès d'Amsterdam en 1899, a été particulièrement agressif contre cette opération, à ce point de vue spécial. Les dangers d'hémorrhagie et de septicémie, dit-il, sont incontestablement beaucoup plus grands après la myomectomie qu'après l'hystérectomie : « Il est parfaitement exact qu'un bon opérateur peut venir à bout des difficultés ; mais en disant que la myomectomie est une opération de choix, on s'expose à voir une quantité de chirurgiens mauvais, ou tout au moins médiocres, pratiquer cette opération. » Cette raison n'a qu'une valeur de second ordre pour juger une intervention : une opération est bonne ou mauvaise en elle-même, et elle ne doit pas être annihilée parce que des chirurgiens ne sont pas à la hauteur de leur tâche ; à ce compte, l'hystérectomie elle-même serait une mauvaise opération parce que certains opérateurs ne l'exécutent que médiocrement. Et puis, l'on peut répondre à cette accusation d'intervention hémorrhagipare en faisant appel aux résultats. A. Martin, Hofmeier, Schröder, Kelly, Doléris, Témoin, pour ne citer que certains parmi ceux qui furent les premiers en divers pays à pratiquer l'énucléation abdominale et qui, par conséquent, devaient avoir des revers ou des accidents en raison des tâtonnements inhérents à tous essais, n'ont jamais été vraiment inquiétés par l'inondation sanguine, et nous n'avons pas trouvé d'exemples de mort par hémorrhagie à la suite de l'énucléation abdominale trans-utérine. En vérité, toute opération expose à ce danger, et quel est le chirurgien qui n'a pas vu des cas mortels, par suite d'hémorrhagie, après une hystérectomie, une simple ovariectomie même ? D'ailleurs l'on n'est point désarmé en face de cette complication. Pour l'éviter, on n'a qu'à opérer sur la ligne médiane avasculaire de l'utérus, et si l'on a des craintes particulières et justifiées d'après les circonstances du cas présent, on peut pratiquer l'hémostase préventive, soit par la ligature élastique, procédé archaïque, soit mieux par la forcipressure légère bilatérale des ligaments larges (Témoin, Delbet, Tillaux). L'involution contractile spontanée, immédiate du muscle utérin, arrête le sang le plus souvent, même si l'on n'a pas fait l'incision sur la zone utérine avasculaire. Si ces orbes d'énucléation sont le siège d'un suintement sanguin malgré tout, la cautérisation au thermocautère ou avec l'appareil électro-hémostatique de Skene en viendra facilement à bout ; l'on peut aussi avoir recours à la

fixation de l'utérus à la paroi abdominale : cette hystéropexie de sauvegarde permettra de surveiller l'hémostase après l'opération. Sinon, on ferait la ligature des utérines, ce qui sera facile très généralement ; et, si l'on a affaire à un de ces utérus hémophiliques dont nous avons parlé plus haut, l'hystérectomie sera la suprême ressource, bien que, dans ces circonstances, elle présente des difficultés de même nature, et l'on aura au moins eu la satisfaction d'avoir tenté, ce qui est un devoir, la conservation de l'appareil utéro-annexiel. Est-il besoin de dire que le capitonnage des loges et le bon affrontement des plaies utérines pareront le plus souvent à l'hémorrhagie ? Témoin a eu, le premier, le mérite de se garder de cette complication en pratiquant à la fois la forcipressure des ligaments larges, l'incision hystérotomique anémorrhagique médiane, et la suture des poches par étages successifs ; sa technique peut être et a été simplifiée, mais ceux qui sont venus après, en France du moins, ne font que lui donner un regain d'actualité.

2° Question de l'ouverture de la cavité utérine et de l'infection dont elle peut être la porte d'entrée.

La plupart des auteurs depuis A. Martin, Engstrœm, Braun, Olshausen, Doléris, Témoin, Duplay, Tuffier, etc., etc., conseillent de ne pas ouvrir la cavité utérine. Cependant plusieurs d'entre eux, Martin, Küstner, Pozzi, Treub, Monprofit, Clado, etc., l'ont ouverte. Il faut compter cet accident comme souvent inévitable. Quelques chirurgiens ont, d'une façon préméditée, ouvert le canal utérin et déjà depuis longtemps, Freund, en 1888, fit l'ouverture de propos délibéré, et vers 1890, Berakowsky, Terrillon, Bouilly pratiquèrent de même, sans succès et à une époque où l'asepsie n'avait pas réalisé tout son progrès. Aujourd'hui, Ricard¹⁷⁹ pénètre toujours, de propos délibéré, dans la cavité utérine : il est vrai qu'elle est préparée d'une façon toute spéciale en prévision, et qu'on l'utilise pour le drainage.

Martin dans sa statistique, déjà vieille, de 1890, sur 90 cas d'énucléation, a 72 cas où la cavité utérine fut respectée avec 10 morts, et 24 cas où elle fut ouverte avec 8 morts. On doit en conclure qu'il est bien préférable qu'il n'y ait pas effraction de la muqueuse utérine ; mais il s'agit là de résultats quelque peu anciens.

Zwibel¹⁸⁰, dans sa thèse (1900), par contre, invoque une statis-

tique de 563 cas avec 14 décès, et il suppose que la cavité utérine a été ouverte plus de 14 fois.

On peut donc dire que cette crainte de l'infection par ouverture de la cavité utérine n'est pas une raison suffisante pour faire préférer toujours l'hystérectomie à l'énucléation, surtout quand on peut aseptiser la cavité au préalable et la drainer d'une façon efficace. Évidemment, il vaut mieux, quand on le pourra, éviter la section de la muqueuse de l'utérus, ce sera une sécurité de plus.

Disons un mot, en passant, de la solidité de la cicatrice utérine après la section complète de la paroi de l'utérus, et des conséquences qui en dépendent. De nombreux accoucheurs ont signalé la rupture de cicatrices dans les grossesses consécutives aux opérations césariennes; Krukenberg¹⁸¹ avait été jusqu'à la mentionner par une proportion de 50 %. C'est là un chiffre bien considérable et qui pourrait, par analogie, faire craindre pour les suites de l'hystérotomie médiane sagittale. Jusqu'ici, nous n'avons pas vu signalée cette complication après l'énucléation abdominale. Quant aux résultats de l'hystérotomie médiane, ils sont trop récents pour instruire sur ce point particulier.

3° Question de l'insuffisance de l'énucléation et des conséquences au point de vue de la récédive.

On a accusé l'énucléation abdominale trans-utérine d'insuffisance opératoire, parce que dans nombre de cas, elle laisserait enfouis dans le muscle utérin des noyaux fibreux insoupçonnés. Hegar, Hofmeier, Pozzi, depuis longtemps, Delagénère¹⁸², Legueu¹⁸³, Baldy¹⁸⁴ et bien d'autres, plus récemment, lui ont fait ce reproche. Ces auteurs ont parfaitement raison pour ce qui est de l'existence de petits fibromes passés inaperçus, mais il n'y a pas lieu de voir là une contre-indication absolue. Baldy considère, avec plusieurs, du reste, le fibrome comme une maladie générale dans laquelle tous les organes du petit bassin sont participants d'une façon plus ou moins grande, les annexes le plus souvent altérées, les complications cardiaques fréquemment marquées et observées, de telle sorte que, vraiment, l'énucléation ne s'adresse qu'à une localisation minime de cette affection; et il lui préfère la panhystérectomie abdominale.

On peut répondre assez facilement à ces arguments.

1° Les cas d'utérus fibromateux contenant une grande quantité

de noyaux ne sont pas, de beaucoup, les plus nombreux; Engström, sur une série de 100 énucléations abdominales, relève 63 cas de tumeurs solitaires; dans les 37 autres il a constaté généralement 2 à 5 noyaux. En somme, les exemples d'utérus à nodules fibreux incalculables ne sont pas du tout fréquents, par conséquent le fibrome, maladie générale, est une conception soutenable, mais une affection relativement rare, eu égard à la quantité de fibromes que l'on a l'occasion d'observer.

2° Il faut bien avouer que si les annexes sont assez souvent touchées, ce n'est pas par le processus fibromateux, mais bien par des états phlegmasiques divers entretenus d'ailleurs par le ou les fibromes qui, une fois enlevés, amélioreront l'état annexiel. Il en est des exemples indéniables, comme il est des faits indiscutables de fibromes des angles utérins occasionnant une sténose tubaire avec ses conséquences sur lesquelles nous avons insisté avec des observations à l'appui, comme il est des cas de grossesses avérées survenues dans des utérus délivrés de leurs néoplasmes fibreux et jusqu'alors stériles. Enfin, personne ne constatera qu'il n'est pas rare de voir, avec les fibromes utérins, des ovaires et des trompes absolument indemnes. La fibromatose génitale interne, en tant que maladie générale, que diathèse pelvienne, est rare malgré tout ce que l'on peut dire.

3° Donc, ou bien il y a vraiment processus fibromateux généralisé à tous les organes du petit bassin, comme le dit Baldy, avec lésions cardiaques concomitantes, et alors l'hystérectomie abdominale, pour si totale qu'elle soit, ne s'adressera qu'en partie à cette maladie générale et ne fera guère plus qu'une énucléation; ou bien il n'y a en réalité qu'un fibrome solitaire ou que des noyaux peu nombreux avec des annexes saines, et alors l'hystérectomie abdominale totale dépassera son but. A l'époque, pas très éloignée encore, où l'on faisait l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe, on a pu observer des cas de récurrence dans le pédicule; nous en avons présenté un fait intéressant à la Société anatomique en 1898¹⁸³: un fibrome s'était développé dans le pédicule externe, avait atteint le volume d'une noix; il fut enlevé par Pozzi qui fit une sorte de cervicectomie totale pour remédier à une éventration au niveau de la cicatrice abdominale: le fibrome ne gênait pas la malade. Voilà donc un cas de récurrence au niveau du moignon; pour les chirurgiens qui font de préférence l'hystérectomie supra-

vaginale, rien ne dit, s'il y a tendance à la fibromatose, qu'il ne se produise une récurrence dans la partie restante du col, bien que ce soit peu probable.

Il ne faut pas oublier non plus, que si les annexes sont malades d'un seul côté, on pourra faire une castration unilatérale, et conserver l'utérus pour la trompe et l'ovaire sains;

4° Certainement, on a noté des récurrences à la suite des énucléations abdominales. Martin, en 1890, n'avait eu l'occasion de constater que 2 récurrences dans ses cas personnels; en 1893, sur 141 énucléations il n'en mentionne que 4 exemples. En 1891, Doléris et Chevrier n'en relèvent que 2 cas sur les statistiques connues; en 1893, Queyrel en rapporte un exemple bien manifeste; en 1894, Etheridge en signale un fait; en 1899, Kelly n'a, sur une série de 97 cas, que 3 récurrences; en 1899, Longuet sur 192 énucléations rassemblées dans les différents auteurs récents n'en relève que 2; en 1900, Zwibel, sur un nombre de 563 énucléations, ne compte que 4 récurrences, et Ferendinos sur 290 énucléations, 3 seulement. Nous sommes persuadé, que si on cherchait bien, on en trouverait d'autres; nous comprenons aussi, que nombre d'opérées ont pu échapper à l'observation et n'ont pas été revues. Mais il faut avouer que l'impression qui se dégage de ces quelques chiffres est que la récurrence est, en somme, très rare en face du nombre déjà grand des énucléations. D'ailleurs, que veut dire ici ce mot récurrence? Il est faux s'il s'adresse aux noyaux méconnus non extirpés et qui se sont développés ultérieurement de façon à devenir appréciables à leur tour: il y a eu augmentation de volume, continuation évolutive, et non vraiment récurrence. Quant à celle-ci, rien ne dit qu'elle puisse se produire dans le muscle utérin par le développement de nodules fibreux qui n'existaient pas auparavant. Il se peut qu'après une énucléation abdominale l'utérus soit complètement débarrassé, et il se peut fort bien encore que deux, trois ans après, évoluent de nouveaux noyaux dont les germes n'existaient pas quand on a opéré. Est-ce parce qu'un organe peut être malade derechef qu'on doit l'amputer! On ne scalpe pas, et pour cause, le cuir chevelu sur lequel on a extirpé 3 ou 4 kystes sébacés, sous le prétexte, qu'un certain temps après, il pourra y naître d'autres loupes! La comparaison peut paraître grossière, mais il y a une véritable analogie pourtant.

Enfin, la possibilité de conserver l'utérus et ses annexes vaut

bien le risque d'une récédive qui n'est pas, du reste, fatalement mortelle et qui est, en somme, rare, on peut le répéter.

5° Lorsqu'on fera l'énucléation abdominale à bon escient, c'est-à-dire lorsqu'on ne lui demandera que ce qu'elle peut donner, il sera facile de s'assurer s'il reste quelques noyaux épars dans le muscle utérin. L'énucléation par l'évacuation des loges qui amincissent les parois utérines, par l'hystérotomie sagittale médiane, par l'ouverture de la cavité utérine au besoin, est éminemment exploratrice : bien obtus sera le doigt qui méconnaîtra, dans de telles conditions, quelque noyau important. Entre le pouce et l'index, il sera facile de palper minutieusement tous les points de la paroi utérine. Quant à la graine infime, tant pis s'il en reste. Du moment qu'on a fait l'ablation de l'essentiel, dans le cas où il y aurait encore de très petits noyaux fibreux oubliés, c'est comme si la malade était tout à fait au début de son affection, à un stade irrévélé, et chez laquelle on ne songerait à aucune opération quelconque, pas plus l'énucléation que l'hystérectomie. Donc, fut-elle incomplète, l'énucléation équivaut tout de même encore à un état tel de l'utérus que l'on n'y toucherait pas, opératoirement parlant, s'il se présentait ainsi pour la première fois à un examen.

6° La suppression des gros noyaux fibreux, à elle seule, est en même temps une suppression des phénomènes irritatifs qu'ils entretiennent dans leur voisinage. Leur énucléation diminue l'état d'éréthisme vasculaire de l'utérus, met une fin aux processus congestifs dont cet organe est le siège, surtout quand ces fibromes sont près de la muqueuse utérine. Si l'infection, comme on a tendance à le croire, partie de la cavité utérine et allant développer une cirrhose de la matrice, est, par cette énucléation même incomplète, tout à fait ou presque enrayée, on aura lieu d'espérer voir s'atrophier les fibro-myomes minuscules et rétrocéder les tumeurs débutantes.

Enfin, dans bien des cas, le fibrome étant un attribut de la maturité féminine, si la myomoénucléation a été incomplète, elle pourra permettre d'attendre la ménopause, sur l'effet atrophiant de laquelle on peut compter quelquefois.

Quoi qu'il en soit, comme le disaient Doléris et Chevrier en 1891 : « Si la réapparition d'accidents hémorrhagiques ou autres renversaient nos prévisions, la nécessité, d'occurrence heureusement

rare, d'une seconde laparotomie, qui somme toute est une opération bénigne, ne devra infirmer en rien l'importance de l'énucléation. »

4° Question d'inapplication de la myomoénucléation abdominale à tous les cas.

La myomoénucléation n'est pas possible pour tous les fibromes, comme l'hystérectomie soit vaginale, soit abdominale même, ne sont exécutables toujours et quand même.

Ce que l'on peut affirmer presque, c'est que l'énucléation abdominale trans-utérine aura sa raison d'être plus souvent qu'on a pu avoir tendance à se l'imaginer dans ces derniers temps de règne de l'hystérectomie totale. Ce n'est pas la pluralité des fibro-myomes puisqu'on a pu en enlever sur le même utérus 5 (Duplay), 7 (Clado, Blanc), 9 (Jaboulay), 17 (Kelly), 22 (Engström), 25 (Alexander), etc.); ce n'est pas leur volume (puisque on en a extirpé de plus volumineux qu'une tête d'adulte et même quelques-uns qui remontaient jusqu'au diaphragme); ce n'est pas leur situation (puisque on a énucléé des fibromes des cornes utérines et d'autres fortement enclavés dans le pelvis); ce n'est pas l'état des annexes (puisque on a souvent pratiqué l'annexectomie unilatérale et qu'on a vu des conceptions consécutives); ce n'est pas l'âge des malades (puisque on a opéré des femmes de 23 à 64 ans); ce n'est pas l'état de gravidité de l'utérus (puisque l'on a pu pratiquer l'ablation des fibromes avec continuation, sans encombre, de la grossesse); ce n'est pas enfin toutes ces causes, sur lesquelles nous avons déjà insisté, qui peuvent empêcher de recourir souvent à cette opération conservatrice. Donc l'énucléation abdominale n'est pas, en vérité, applicable à tous les fibromes, mais elle l'est à un grand nombre et cela suffit à lui donner droit de cité gynécologique. Obalinsky¹⁸⁶ (1894) produit une statistique où sur 100 cas de fibromes l'énucléation abdominale peut être appliquée dans la proportion de 72 fois.

5° Question de la gravité opératoire de l'énucléation abdominale.

Quelques auteurs, par enthousiasme un peu effervescent de l'énucléation abdominale, ont fait un parallèle plus ou moins fleuri entre le facies ou l'habitus de la simple malade énucléée et celui de l'hystérectomisée. D'un côté, ils nous montrent une opérée presque radieuse, d'un autre, une opérée presque moribonde. Ce

tableau antithétique est un peu chargé ! Pour Chevrier et Doléris, puis pour Zwibel, écrivant sa thèse sous la dictée de Tuffier, et citant d'ailleurs une phrase de Bonnet ¹⁸⁷, rien n'est beau comme une femme ayant subi une énucléation abdominale : sa figure respire le calme ; elle dort d'un sommeil paisible, et doux, et réparateur ; aucune souffrance ne vient troubler sa béatitude ! En réalité, et pour faire la part exacte des choses, il faut dire que, d'une façon générale, l'hystérectomisée subit le retentissement plus marqué de l'intervention et souffre davantage ; mais toutes les énucléations abdominales ne s'équivalent pas ; il en est de longues, laborieuses, dangereuses, semées d'incidents ; pour ces dernières, le shock opératoire, si l'on veut employer ce mot, est aussi intense que pour une hystérectomie abdominale totale.

Quelques chirurgiens, dit Chevrier, ont noté vers le 10^e ou le 12^e jour « une oppression brusque, une dyspnée intense en même temps que des palpitations de cœur. Les auteurs allemands attribuent ces phénomènes à de petites embolies pulmonaires, dans le cas d'hystérectomie abdominale, tandis que dans l'énucléation on n'observe rien de pareil ». Nous avons vu plus haut, à propos des complications post-opératoires de l'énucléation abdominale, que Michel ¹⁸⁸ donne la proportion de 1,4 % de mortalité par embolie pulmonaire à la suite de la myomoénucléation.

Quel est le pourcentage de gravité parallèle de l'hystérectomie totale et de l'énucléation abdominale ? Voici quelques chiffres :

D'abord pour l'hystérectomie abdominale :

En 1890, l'hystérectomie à pédicule perdu se soldait par 28 %, et à pédicule externe par 24 % de mortalité. Plus tard, la chirurgie abdominale se perfectionnant, sur une période de 1896 à 1899, Terrier ¹⁸⁹ avoue une léthalité de 28,8 % pour l'hystérectomie abdominale totale, de 8,1 % pour l'hystérectomie supra-vaginale ; en 1899, Treub ¹⁹⁰ a pour l'hystérectomie abdominale totale 11 % et pour la supra-vaginale 10 % de morts, Bouilly ¹⁹¹ arrive à 7,4 %, Legueu ¹⁹² à 6,7 % de mortalité.

Pour l'énucléation abdominale voici la proportion :

En 1890, A. Martin ¹⁹³ présente une statistique de 96 cas avec 18,75 % de mortalité, ce qui était considérable, mais il s'agit d'une époque déjà éloignée de la vraie période aseptique actuelle.

En 1891, Chevrier ¹⁹⁴ rassemble 125 cas avec 16 % de morts, et ce résultat le remplit déjà de joie.

En 1897, Engstrøm publie une statistique de 100 cas avec 5 %.

En 1899, Longuet ¹⁹⁵ réunit les cas d'énucléation opérés depuis 1890, et arrive au chiffre déjà bien réduit de 4,92 %.

En 1900, Ferendinos ¹⁹⁶ arrive au chiffre de 3,1 %. Zwibel ¹⁹⁷, écho de Tuffier, donne la proportion de 2,5 %.

L'avantage apparent se trouve nettement du côté de l'énucléation abdominale, suivant ce parallèle qui repose sur des bases mathématiques, mais qui n'en a pas la rigueur, car l'on sait la valeur qu'il faut attacher aux statistiques globales. Ainsi donc, il faut penser que l'opération conservatrice est plus bénigne, mais formuler quelques réserves dans cette question que l'avenir tranchera. En attendant, un certain groupe de chirurgiens est opposé à cette chirurgie. Parmi, Delagénière ¹⁹⁸ (1898) trouve que l'énucléation abdominale est tout au moins aussi grave que l'hystérectomie abdominale totale, Legueu ¹⁹⁹ (1898) ne croit pas du tout qu'elle soit curatrice, Baldy, au Congrès d'Amsterdam (1899), s'élève très énergiquement contre ; Ricard (1900), après une période d'essai, serait près d'y renoncer.

Conclusions.

L'énucléation abdominale trans-utérine est, à l'heure actuelle, une opération qui mérite d'être conservée, étudiée et perfectionnée, parce que ses avantages consistent surtout dans sa valeur conservatrice. Grâce à elle, on pourra, dans nombre de cas, épargner des utérus de *femmes jeunes* qui seront aptes encore à la menstruation, à la conception et à la *gestation normale*. Grâce à elle, la matrice n'étant pas extirpée, la statique et l'harmonie pelviennes ne seront pas troublées ; les ovaires n'étant pas enlevés ne seront plus responsables des troubles qu'on attribue à leur absence et à la suppression de la sécrétion interne.

Quant au facteur de gravité de cette opération, il est encore en litige, et l'on ne peut se prononcer à son sujet qu'avec de grandes réserves.

Il y aura intérêt à opérer de bonne heure et des cas peu compliqués : dans ces conditions, l'énucléation pourra lutter avec avantage, au point de vue de la bénignité, avec l'hystérectomie abdominale : c'est dire que les méthodes atrophiantes n'ont que peu de raison d'être, pour les fibromes commençants, et descendent au rôle d'opérations complémentaires dans des circonstances parti-

culières et plus bas encore au rang d'interventions palliatives ; c'est déduire aussi que l'énucléation vaginale est alors, dans ces mêmes cas de fibromes au début, bien supérieure, pour ce qui est du pronostic indéniablement plus bénin.

L'énucléation abdominale pourra être choisie, dans des cas isolés, de préférence à l'énucléation vaginale, quand le respect absolu d'un hymen irréprochable sera en jeu.

Nous concluons, avec Longuet, que l'on devra essayer, dans la mesure du possible, de pratiquer vis-à-vis des fibromes l'énucléation abdominale conservatrice, quitte à se borner à avoir fait, si on ne peut la réaliser, une hystérotomie exploratrice : « une hystérotomie de contrôle. »

Quant à vouloir supplanter, par emportement néophytique, l'hystérectomie abdominale ou vaginale, par l'énucléation trans-péritonéale, c'est dépasser la mesure, et Chevrier, dès 1891, avait raison lorsqu'il écrivait : « Il n'est pas à nier que le diagnostic précoce, par un examen attentif et répété, diminuera beaucoup les indications de l'hystérectomie, mais cette raison est loin d'être suffisante pour songer à la remplacer par l'énucléation abdominale, ce qui serait un schisme opératoire. »

ÉNUCLÉATIONS ABDOMINALES

PAR INCISION PARA-UTÉRINE OU TRANS-LIGAMENTAIRE

pour fibromes utérins développés dans le ligament large

I. — DÉFINITION. SYNONYMIE

L'extirpation des fibromes utérins inclus dans le ligament large consiste dans l'incision d'un des feuillets du ligament large et la décortication, l'énucléation hors de la loge ligamentaire jouant ici le rôle de coque et de capsule péri-fibreuses.

On appelle encore cette opération : *énucléation intra-ligamentaire*, *énucléation sous-péritonéale*.

Nous n'avons en vue dans ce chapitre, bien entendu, que les fibromes *utérins* inclus dans le ligament large, et nous ne parlerons pas des tumeurs solides fibreuses, indépendantes de l'utérus, sans pédicule et développées entre les deux lames du ligament.

Du reste, les corps fibreux nés sur place dans le ligament, autochtones, ou selon l'expression de notre collègue et ami Griffon¹, *aborigènes*, sont d'une extrême rareté : parmi les cas les moins contestés, il faut citer ceux de Frémy² (1868), de Boussi³ (1878), de Sängér⁴ (1880), de Bilfinger⁵ (1887), de Tédénat⁶ (1897), de Griffon (1899). Hors ces exemples bien peu nombreux, comme on le voit, il s'agit, dans le cas de fibromes inclus dans le ligament large, le plus souvent de tumeurs nées de l'utérus, par conséquent plus ou moins pédiculisables sur la matrice lorsqu'on a procédé à leur décortication. Mais on peut les trouver indépendants, libres dans l'épaisseur du ligament, c'est qu'alors, après avoir émigré dans son tissu cellulaire, ils se sont détachés secondairement. Pour Klob, Kiwisch, Wirchow⁷, etc., c'est même toujours de l'utérus que ces tumeurs incluses proviennent.

II. — HISTORIQUE

L'énucléation trans-ligamentaire par voie abdominale des fibromes utérins inclus n'est qu'un chapitre accessoire de la chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes pour fibromes traités par l'abdomen. Nous renvoyons donc à l'historique général de la question, nous bornant à ne citer ici que les auteurs qui se sont plus spécialement occupés des opérations pour fibromes du ligament large, ou qui en ont rapporté des cas intéressants. Mentionnons *Terrier*⁶ (1883), *Küster*⁷ (1884), *Hofmeier*⁸, *Hegar* et *Kaltenbach*⁹, *Howard A. Kelly*¹⁰ (1886), *A. Martin*¹¹, *Tauffer*¹² (1887), *Pozzi*¹³, *Sanger*¹⁴ (1889), *Lang* (thèse de Nancy)¹⁵ (1892), *Vautrin*¹⁶ (1895), *Pauchet*¹⁷ (1897), *Petroff*¹⁸ (1899), etc., etc.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

A. Soins pré-opératoires.

Pour ce qui est de la préparation de la malade, des instruments, de l'anesthésie, de la position opératoire, ce sont les mêmes que pour l'énucléation abdominale ordinaire; nous renvoyons pour cela au chapitre précédent. Rappelons seulement qu'un tire-bouchon, un désenclaveur, ou l'appareil de Reverdin, pourront être extrêmement utiles, qu'un trocart à évacuation pourra être nécessaire en cas d'erreur de diagnostic et si l'on tombe sur un kyste, au lieu d'un fibrome intra-ligamentaire. Répétons encore qu'il faut être préparé à faire une hystérectomie abdominale totale si besoin est, par conséquent qu'on doit avoir aseptisé soigneusement le vagin.

B. Technique opératoire.

A ce point de vue, on peut distinguer les fibromes intra-ligamentaires en 3 catégories :

1° Les fibromes pédiculés ; 2° les fibromes de volume moyen ; 3° les très gros fibromes.

1° *Fibromes utérins intra-ligamentaires pédiculés.*

On en connaît quelques observations, parmi lesquelles celles de Mickulicz, Sängér, Billfinger, Doran, Binaud, Gross, etc. Leur traitement est des plus simples : il s'agit en somme d'une vulgaire polypectomie après ligature du pédicule. Nous n'insisterons pas ; mais il faut cependant ne pas oublier qu'on a observé, à la suite de cette intervention, des accidents d'hémorrhagie intra-péritonéale. On se comportera vis-à-vis d'eux ainsi que nous l'avons dit au chapitre des polypectomies abdominales.

2° *Fibromes utérins intra-ligamentaires de moyen volume.*

Ce sont ceux auxquels on a le plus souvent affaire, et l'énucléation est pour eux la méthode par excellence.

Après une ouverture de l'abdomen large, afin de manœuvrer à son aise, on fait sur la partie la plus saillante de la tumeur une longue incision : le plus souvent ce sera sur la face antérieure du ligament large, quelquefois en haut ou en arrière de ce ligament si le fibrome fait surtout relief de ce côté. On devra inciser le feuillet du ligament large parallèlement à la direction de la trompe, le plus souvent étalée par suite du dédoublement et de l'effacement du ligament large. Avec le doigt, on décolle ensuite le péritoine doublé de sa couche musculaire et l'on arrive sur la tumeur elle-même sur laquelle on vrille un tire-bouchon ou que l'on saisit avec des pinces à traction. Avec cette prise sur le néoplasme, le doigt finit aisément par le décortiquer en entier et l'énucléer. Cette manœuvre se fait le plus souvent sans grande hémorrhagie, mais si les vaisseaux saignent abondamment, on les pincera au fur et à mesure, ou bien on fera le pincement préalable des vaisseaux tubo-ovariens.

Une fois la tumeur isolée, elle ne tient plus à l'utérus que par son pédicule : si ce dernier est étroit on le lie en masse à la soie, s'il est plus épais on fera une suture utérine soignée après sa section.

L'ablation du fibrome laisse, consécutivement, dans le ligament large, une cavité assez vaste. Certains conseillent de ne pas se préoccuper de cet espace mort, et de suturer, par-dessus, l'ouverture au moyen d'un surjet ; d'autres ferment cette cavité par un capitonnage (Pozzi¹⁹, Legueu²⁰ Pauchet²¹) ; A. Martin²² en fait le drainage par le cul-de-sac postérieur du vagin. Dans le cas où un suintement en nappe ferait craindre pour la réunion première,

il faudrait marsupialiser la poche ligamentaire et la tamponner à la gaze.

Schröder²³ opérait différemment : il sectionnait, entre deux ligatures, les annexes du côté correspondant au fibrome intra-ligamentaire, prolongeait cette incision en avant et en arrière de la tumeur, de telle sorte que l'incision était, dans son ensemble, perpendiculaire et à cheval sur la partie interne du ligament large : la tumeur était décortiquée et énucléée. Schröder passait alors, avant de sectionner le pédicule, un tube élastique sous la tumeur, autour du col utérin, pour assurer l'hémostase, puis il coupait le pédicule. Il ne restait plus qu'à suturer la surface de section perpendiculaire, puis le péritoine pelvien. Schröder drainait par le vagin.

Hofmeier²⁴ (1886) a opéré plusieurs cas par le même procédé que Schröder : il liait les artères utérines ou leurs branches après avoir énucléé la tumeur, cautérisait l'utérus et le canal cervical avec le thermocautère pour prévenir l'infection de la plaie qu'il réunissait par une suture au catgut.

On sait que Pozzi (1886) et Bardenheuer (1887) ont fait la laparotomie sous-péritonéale, pour l'ouverture ou l'ablation de certaines collections pelvi-annexielles. Nous nous étions demandé si, par décollement sous-péritonéal, on ne pouvait de la même façon et, plus facilement même, extirper certains fibromes inclus dans le ligament large faisant saillie surtout en avant. Pollosson a, paraît-il, conseillé cette voie para-péritonéale. Mais quelques auteurs la considèrent comme moins aisée et moins sûre.

3° *Fibromes utérins intra-ligamentaires dépassant l'ombilic.*

Ces énormes corps fibreux nés du bord latéral de la portion sus-vaginale du col ou du segment inférieur de l'utérus arrivent à remplir le petit bassin et débordent dans la cavité abdominale, en s'insinuant dans les espaces cellulaires du ligament large et du plancher pelvien, en dédoublant et effaçant ceux-ci, en faisant disparaître les culs-de-sac péritonéaux, en changeant les rapports des organes pelviens et en occasionnant des phénomènes de compression de la plus haute gravité sur les vaisseaux, l'uretère, l'intestin, la vessie. Ils repoussent l'utérus contre le pubis ou contre le côté opposé du détroit supérieur du bassin. On en a vu dédoubler le méso-rectum et même le mésentère de l'intestin grêle (Goullioud)²⁵.

Au point de vue opératoire, ces fibromes présentent des difficultés parfois extrêmes, à cause de leurs rapports intimes et étendus avec les parois pelviennes et les viscères avoisinants, à cause de leur vascularité périphérique, souvent très grande, à cause de l'impossibilité, quelquefois absolue, de constituer un pédicule.

Lorsque le fibrome se détache en partie et très fortement dans la cavité abdominale, on pourra chercher à supprimer cette portion fibreuse tout d'abord avant d'aller plus loin : pour cela on placera une ligature élastique, si on le peut, à la base de ce lobe que l'on sectionnera, puis par des tractions on tâchera d'énuccléer les parties restantes profondes en faisant glisser de plus en plus bas le lien élastique pour assurer l'hémostase. On sera souvent obligé, dès le début de l'opération, de lier et de sectionner les annexes du côté correspondant.

Mais le mieux est de procéder d'emblée à l'ouverture de la loge intra-ligamentaire : on écarte les lèvres de la section maintenues par des pinces, on plante un tire-bouchon qui permet de tirer le fibrome fortement à soi, on décortique et on énuclée avec les doigts ou des ciseaux courbes fermés, en ayant un soin extrême de toujours se tenir au ras de la tumeur pour ne pas blesser l'uretère, la vessie et les grosses veines péri-fibreuses ; on pincera tous les vaisseaux qui saignent à mesure qu'ils se présenteront. Une fois la tumeur énuclée, les veines du ligament large, ectasiées à l'extrême, s'affaissent et l'on a quelquefois à placer moins de ligatures qu'on le pensait tout d'abord : ce phénomène se présente souvent en chirurgie dans l'ablation des tumeurs en général.

Si les connexions du fibrome intra-ligamentaire avec l'utérus ne sont pas très larges, on les détruit, par section ou par ligatures, on fait la suture du muscle utérin aux points d'attache et on laisse la matrice en place. Le plus souvent, on aura été dans l'obligation d'enlever la trompe et l'ovaire du même côté. Mais l'utérus restant avec les annexes opposées, cette opération aura été suffisamment conservatrice.

On pourra, suivant le conseil de T. Landau ²⁶ (1899), pratiquer, au début de l'intervention, le cathétérisme de l'uretère. La présence de la sonde dans ce canal indiquerait le trajet de celui-ci et serait fort utile pour éviter sa lésion pendant les manœuvres d'énuccléation.

Après l'extirpation, reste à s'occuper de la cavité que le fibrome

a laissée libre, et elle est souvent spacieuse avec des prolongements du côté de la vessie, du vagin, du rectum.

Si les parois de la loge ligamentaire ne sont pas dilacérées, si la situation est assez nette, si l'on juge l'opération avoir été conduite aseptiquement, on ne drainera pas, et on suturera immédiatement la cavité. Si la poche est anfractueuse, saignante, profonde, on excisera les débris de ses parois susceptibles de se sphacéler, et l'on pratiquera un capitonnage hermétique.

Dans le cas où l'on aura des craintes, il sera plus prudent de recourir au drainage, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

A. Martin, Hegar et Kaltenbach, Sängér, pratiquent le drainage par le vagin au moyen d'un tube en croix à travers le cul-de-sac vaginal défoncé. Sängér (1889) fit même, une fois, ce drainage secondairement à l'opération : la malade s'étant mise à saigner après la fermeture du ventre, au lieu de faire une deuxième laparotomie, il ouvrit la poche ligamentaire, remplie de sang, par le vagin, la tamponna à la gaze : la malade guérit.

D'après Pozzi, qui opéra un fibrome intra-ligamentaire de 15 livres, le drainage par la voie abdominale est préférable : il prédisposerait moins à l'infection. Terrier, H. Kelly, Küster, ont ainsi pratiqué. On fera un tamponnement à la gaze, et mieux, un drainage mixte, capillaire et large, au moyen de lanières de gaze entourant de gros drains de caoutchouc placés au centre.

En renouvelant ce pansement, on raccourcira les mèches et les tubes au fur et à mesure.

V. A. Pétroff²⁷ (1899) a apporté quelques modifications à la technique opératoire pour fibromes ligementaires : il arrive que dans la décortication de cette variété de fibromes, le feuillet postérieur du ligament large, plus repoussé, plus étalé et aminci, ne se laisse pas décortiquer, et qu'il se laisse enlever en même temps que la tumeur, de telle sorte qu'il reste une grande surface cruentée regardant en haut et en arrière. Pétroff conseille, ainsi qu'il l'a fait deux fois lui-même, d'inciser, par le ventre, le cul-de-sac de Douglas transversalement de façon à pénétrer dans le vagin, de régulariser aux ciseaux les restes du feuillet postérieur, et de faire passer un fil dans le feuillet antérieur du ligament large afin d'entraîner et de faire pénétrer ce dernier dans le vagin à travers l'incision aux lèvres de laquelle on le suture. Par ce

moyen la grande surface cruentée et les restes du feuillet postérieur se trouvent recouverts par la séreuse qui forme le feuillet antérieur du ligament large, et l'on évite ainsi les adhérences intestinales futures. Ce procédé de Pétroff a l'avantage encore de rendre la plaie sous-péritonéale, et si elle vient à suppurer, de faire le drainage par le vagin.

C. Complications opératoires et post-opératoires.

Ce sont les hémorrhagies veineuses et même artérielles qui peuvent être très graves. Dans un cas, Blumenthal²³ (1898) blessa l'utérine et eut beaucoup de peine à arrêter l'hémorrhagie. Dans bien des circonstances on a dû, pour la raison d'hémorrhagie, terminer par une hystérectomie abdominale totale. Lorsqu'on aura mené à bien une énucléation, mais qu'un suintement assez abondant se fera sur les parois de la poche, on aura la ressource de la marsupialisation et du tamponnement. S'il venait à y avoir une hémorrhagie secondaire dans la loge d'énucléation une fois le ventre fermé, il faudrait faire une laparotomie itérative ou vider la poche par colpotomie le plus tôt possible.

Il est extrêmement facile de blesser l'uretère au cours de ces énucléations pour fibromes du ligament large, et la possibilité de ce très grave accident s'explique bien par les déplacements que subit le canal urétéral sous l'influence de la tumeur. On peut, ou sectionner l'uretère sans s'en douter, ou bien l'ayant reconnu et écarté, le lier par méprise quand on pose les ligatures.

Blumenthal (1898), en rapporte deux faits personnels, et rappelle que semblable mésaventure est arrivée à nombre de chirurgiens parmi lesquels il cite Tauffert, Seiffer, Kelly, Winckel, Gusserow, Hegar, Rein, etc.

Un autre accident à craindre, c'est l'occlusion intestinale ; nous ne voulons pas parler seulement de celle que déterminent des brides, des adhérences post-opératoires, mais de celle qui peut dépendre des connexions de l'intestin provoquées par l'évolution de la tumeur ligamentaire.

Goullioud²⁹ (de Lyon), en 1899, en a publié un exemple curieux ; il avait pratiqué une énucléation sous-péritonéale, pour un énorme fibrome intra-ligamentaire de 8 kilogrammes ; il fit la marsupialisation et le tamponnement ; le 10^e jour la malade présentait des phénomènes évidents d'occlusion. A la laparotomie,

il vit l'extrémité inférieure de l'intestin grêle privée de son mésentère dont la tumeur en se développant s'était coiffée ; cette extrémité intestinale adhérait à la partie de la poche marsupialisée : elle était par suite tendue, étalée, effacée ; tandis que la partie de l'intestin immédiatement sus-jacente, était restée pourvue d'un mésentère : l'intestin s'était coudé au point de réunion de la partie immobilisée et de la partie mobile. Cette observation, montre un des dangers « que peuvent créer, exceptionnellement, les modifications brusques de la statique de l'intestin dont les mésos ont été lentement modifiés ou supprimés par le développement sous-jacent des fibromes ».

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

Cette opération sera indiquée toutes les fois : que l'acte opératoire sera possible ; que la tumeur ne sera pas trop petite, car alors, il vaudrait mieux pratiquer une énucléation par voie vaginale ; que le fibrome ne sera pas trop considérable, trop adhérent de toutes parts ; que les annexes d'un côté au moins seront saines ; que la femme sera encore jeune.

Mais il ne faut pas oublier qu'on a énucléé ainsi des tumeurs très volumineuses, en conservant l'utérus et les annexes : *Pozzi*³⁰ a extirpé un fibrome intra-ligamentaire qui pesait 15 livres ; *Guinard*³¹ (1893) en a enlevé un, gros comme une tête de fœtus à terme, attenant au bord de l'utérus ; la malade devint enceinte par la suite et accoucha heureusement ; *Pauchet*³² (1897) en a énucléé un qui avait le volume d'une tête d'adulte : l'utérus et les annexes opposés furent laissés en place. Nous pourrions citer bien d'autres exemples. La plupart du temps, l'ovaire et la trompe du côté du fibrome inclus dans le ligament large ne sont guère indemnes, mais ceux du côté opposé peuvent être souvent conservés.

D'une façon générale, la contre-indication de l'énucléation trans-ligamentaire ne se posera qu'une fois le ventre ouvert, et l'acte opératoire commencé. Mettant à part les cas indiscutables où l'on voit tout de suite que l'on a affaire à une tumeur inopérable, et ceux où l'on juge immédiatement qu'il n'y aura pas possibilité d'une opération conservatrice, on devra d'abord

essayer d'épargner l'utérus, et si l'on voit qu'on est impuissant à aboutir, on fera l'hystérectomie abdominale totale séance tenante.

Si l'on se trouve en présence d'une énorme tumeur, adhérente partout, extirpable seulement qu'au prix des plus grands dangers de mort, on se bornera à avoir fait une laparotomie exploratrice presque, et l'on pourra avoir recours à des méthodes palliatives, soit à la castration bilatérale, soit aux ligatures atrophiantes. Malheureusement, ces sortes de tumeurs sont surtout graves par les phénomènes de compression qu'elles déterminent, or ces méthodes sont quelquefois elles-mêmes très difficiles à exécuter, sont de résultat aléatoire, en tout cas bien tardif, de sorte que les accidents n'ont pas le temps d'être enrayés et se produisent avec leurs plus funestes conséquences.

Parmi les plus grandes difficultés d'exécution de l'énucléation pure et simple du fibrome, ce sont l'hémorragie menaçante de la part des très grosses veines qui entourent quelquefois la tumeur d'un réseau très riche, la multiplicité des adhérences avec la vessie, l'uretère, le rectum, l'intestin grêle, l'épiploon ; dans ces conditions l'hystérectomie abdominale totale, opération mieux réglée, sera préférable, et grâce à elle l'hémorragie ne sera pas sérieuse, en tout cas l'on pourra facilement s'en rendre maître. En effet, la tumeur intra-ligamentaire enlevée seule, l'hémorragie peut se produire de toutes parts, non seulement au niveau des vaisseaux des pédicules tubo-ovariens et utérins, mais aux dépens des anastomoses de leurs branches au niveau de l'utérus. L'hystérectomie totale a de plus l'avantage, dit Vautrin³³, de permettre le drainage facile et spontané par le vagin ouvert, des liquides exsudés dans la cavité cruentée laissée par le fibrome.

Une autre contre-indication de l'énucléation, c'est la grosseur du pédicule du fibrome intra-ligamentaire inséré sur l'utérus, c'est l'insertion presque sessile sur la matrice, c'est la vascularité trop grande du pédicule. Dans ces cas, mieux vaut poursuivre l'opération en hystérectomie totale ou supra-vaginale. Du reste, il arrive parfois qu'après une décortication et une énucléation laborieuse, comme le fait remarquer Pozzi, et comme nous l'avons observé bien des fois, on se trouve en présence d'une sorte de pédicule qui n'est autre que l'utérus lui-même, déformé, inconserveable ; il arrive même encore que l'hystérectomie est faite sans que l'on s'en doute.

Il est bien évident que si l'on a affaire à un fibrome ayant poussé des prolongements partout dans le petit bassin, affectant une forme radiculaire et infiltrée, il ne faut pas songer à extirper la tumeur complètement et l'on devra s'en tenir aux opérations palliatives.

La dernière contre-indication de l'énucléation abdominale trans-ligamentaire, c'est précisément, ce qui semble paradoxal au premier abord, sa grande facilité d'extirpation due à une limitation très nette et au volume peu considérable. Dans ces circonstances, l'énucléation par voie vaginale, avec ou sans morcellement, tout en conservant l'utérus et ses annexes, s'offre avec des conditions si aisées d'exécution, si peu graves pour la malade, si faciles et sûres pour le drainage par les parties déclives, que l'on aurait vraiment grand tort de ne point la pratiquer.

TROISIÈME PARTIE

MÉTHODES DIRECTES CONTRE LES FIBROMES CONSERVATRICES

DE L'APPAREIL UTÉRO-ANNEXIEL NON GRAVIDE
PAR VOIE VAGINALE

POLYPECTOMIE VAGINALE

AVEC OU SANS MORCELLEMENT

pour polypes fibreux au stade utéro-cavitaire, et pour polypes
fibreux au stade utéro-vaginal.

I. — DÉFINITION

Le nom de polypectomie vaginale est assez significatif par lui-même pour tenir lieu de définition, mais nous tenons à bien établir qu'il faut le réserver à l'extirpation des fibromes utérins cavitaires pédiculisés, et qu'il s'agit là d'une opération bien différente de la myomectomie ou énucléation vaginale s'adressant aux fibromes sous-muqueux sessiles et même pleinement interstitiels. Notre maître Segond a lui-même, à la Société de chirurgie, établi la distinction fondamentale qui existe entre ces deux opérations visant des variétés de fibromes pas du tout assimilables quant à la technique qui leur doit être appliquée et quant à leur pronostic.

II. — HISTORIQUE

La question de la polypectomie vaginale, ne donnant plus lieu à controverse, n'offre plus qu'un intérêt restreint. La conduite à suivre est admise à peu près par tous, et c'est surtout par désir d'être complet dans ce travail d'ensemble, que nous rappellerons l'histoire de cette opération. Cependant ce ne sera pas faire œuvre inutile, car on voit encore nombre de médecins laisser arriver des malades à une cachexie et à une anémie telles que c'est par ignorance qu'ils s'attardent à un traitement inefficace ou intempestif, ou bien par esprit timoré qu'ils n'imposent pas une opération pourtant bien simple.

Nous considérerons dans cet exposé : 1° le cas des petits et moyens polypes ; 2° le cas des énormes polypes ; 3° les polypes sphacelés ; 4° l'inversion polypeuse.

Petits et moyens polypes.

Pendant longtemps on n'a pas osé s'attaquer directement à eux et dans la même séance. Aussi les chirurgiens pratiquaient-ils leur ablation en deux temps : dans le premier (temps médical pour ainsi dire), ils cherchaient l'excitation du muscle utérin soit par l'administration du seigle ergoté, de l'iodure de potassium : ils exerçaient une sorte d'expulsion abortive au moyen de ces substances médicamenteuses ; dans le deuxième (temps chirurgical, si on peut l'appeler de ce nom !), ils allaient à la simple cueillette plutôt qu'à la véritable extirpation du polype en voie d'extradition. Est-il besoin d'ajouter combien cette façon détournée de remédier à ces tumeurs était longue, compliquée, douloureuse et souvent infructueuse ?

Préparés ou non à cette incertaine descente vaginale par suscitation à l'intolérance utérine vis-à-vis d'eux, les polypes étaient liés et sectionnés au niveau de leur pédicule. Mais sectionner le pédicule de premier abord paraissait trop hardi, car on avait une crainte fatidique de l'hémorrhagie. Aussi *Boyer* préconisa-t-il la ligature élastique lente du pédicule, conduite imitée dans la suite par de nombreux chirurgiens.

Cette manière opératoire, en deux temps ou par la ligature

élastique lente, était encore pratiquée à une époque assez récente : en 1886, *Schwartz*¹, chez une malade très cachectique pour laquelle il craignait, à vrai dire, une syncope fatale, fit l'opération en deux temps : il incisa le col au galvanocautère puis administra consécutivement des injections d'ergotine ; bien plus, en 1893, *Decornière*² (de Lisieux) faisait présenter à la Société de chirurgie un cas où il avait eu recours à l'expectation d'abord, puis la malade, étant bien anémiée, à l'administration du seigle ergoté, etc. ; enfin à l'ablation du polype tombé dans le vagin, et cette conduite l'ayant laissé satisfait, il la jugeait imitable.

*Schabotinsky*³, en 1887, appliquait encore la ligature lente dans les cas de pédicule soit long, soit charnu et court. Aussi *Lebedieff*⁴ la même année, reprochait-il à cet auteur la vétusté de ce procédé : « qui ne sera permis que lorsqu'on devra opérer dans le désert, sans aides, et sans instruments. » La boutade est un peu vive, mais juste. On a vu des exemples où la tumeur mettait 20 jours, un mois et davantage à s'expatrier : c'était lamentable.

C'est encore la peur du sang qui fit créer tout un arsenal d'instruments aujourd'hui relégués dans les collections historiques : *Aveling* et *Sims* préconisèrent le polypotome et la polypotribe, *Nélaton* la pince à emporte-pièce, *Maisonneuve* l'écraseur linéaire et le constricteur ou serre-nœud, *Gallard*⁵ l'anse galvanocautique, *Courty* inventa une serpe, une faucille, comme s'il devait cueillir le gui sacré. Tout cela est fort antique et cependant il faut savoir qu'il n'y a pas très longtemps que la tradition en fut abandonnée.

En 1886, *Krassowski*⁶ déclare qu'il se sert exclusivement de l'écraseur à chaîne et que, sur 200 opérations personnelles pour polypes, il n'a pincé qu'une fois le tissu utérin.

En 1887, *Faucon* rapporte le cas où, avec l'écraseur à chaîne, il amena le polype, un segment important de l'utérus avec une portion de trompe et le ligament rond : la malade eut le bon esprit de guérir tout de même : l'auteur fait son *mea culpa* en s'accusant d'avoir négligé le toucher rectal et le cathétérisme vésical.

*Warnot*⁷ (1887), et, plus près de notre temps, *Meyer*, *Metzer* et le professeur *Verneuil* recouraient à ce procédé archaïque.

Le serre-nœud eut ses chauds partisans : *Guéniot*⁸ (1881) le trouvait admirable, *Terrillon* lui-même (en 1885) s'en servait encore, et *Gallard* (1887) avait pour lui un enthousiasme indescrip-

tible. Ce qui est plus curieux, c'est qu'à la Société de chirurgie, en 1889 et même en 1898, quelques voix profèrent encore ce nom de relique.

L'anse galvanocaustique eut ses admirateurs. *Gallard* (1887) trouve qu'elle combine l'écrasement à la section et que « c'est un procédé élégant, rapide, commode ». Cependant il cite deux cas de mort subite 15 jours après l'opération, sans explication possible.

*Trélat*⁹ (1881) conseillait, quand le pédicule contenait de gros vaisseaux, de faire la forcipressure avec de longues pinces pendant quelques heures avant de le sectionner.

*Phocas*¹⁰, dans une publication très récente (1900), bien que modernisé dans sa technique, préconise encore la ligature, la forcipressure et l'écrasement, par crainte de l'hémorrhagie à la suite de la section du pédicule : elle est pourtant le plus souvent insignifiante.

Polypes énormes ou polypes géants.

Cette catégorie est plus intéressante, car ces polypes donnent lieu parfois à des indications très urgentes, vu l'infection, qui sur un tableau de cachexie chronique, vient mettre tout à coup au premier plan des phénomènes aigus avec imminence de danger mortel.

Le gigantisme de ces tumeurs en rend l'extirpation impossible souvent, sans le morcellement, sans l'accouchement par un forceps plus ou moins spécial, sans des débridements du col, de la vulve et du périnée.

La manœuvre la plus rationnelle, le morcellement, a été appliquée une des premières, parce que simple et naturelle, et comme il arrive souvent, précisément pour cette raison, elle fut longtemps délaissée. *Velpeau* et *Chassaignac*¹¹ (1833) l'avaient conseillée et pratiquée. En 1843, *Lisfranc*, dans le même but, pratiquait l'évidement conoïde du fibrome et terminait par l'énucléation digitale des parties qui restaient. *Dupuytren*, *Depaul* ont tour à tour recommandé le morcellement.

*Simon*¹² faisait une sorte de morcellement à sa manière : sans séparation des fragments ; saisissant fortement le polype, il pratiquait sur lui des incisions transversales profondes, en arpèges : la tumeur s'allongeait comme un accordéon et gagnait en étroitesse

par étirement. *Hegar*¹³ (1885), *Kæberlé*¹⁴ (1888) faisaient des incisions spiroïdes, en pelure de pomme de terre, sur la couche corticale du polype.

On a conseillé aussi, lorsque le polype ne voulait pas franchir la vulve, de l'extraire comme une tête fœtale. *Levret* avait inventé une pince à polype que recommandait *Gallard*. Plus tard, *Jeannel* faisait fabriquer, exprès, une sorte de pince-forceps à dents de brochet. Cette instrumentation n'a qu'une valeur bien secondaire. Avec une simple pince et mieux avec un tire-bouchon qui ne dérapera pas, il sera facile de faire du morcellement et de ne pas exposer à la déchirure du périnée et à d'autres délabrements vulvo-vaginaux.

Enfin quelques chirurgiens ont recommandé, dans certains cas, le débridement de la vulve, du vagin, de la fourchette, du périnée. *Dupuytren* avait été parmi les premiers à le conseiller, *Heywood Smith* et *Barnes*¹⁵ (1881), *Kæberlé* (1888) à l'exécuter. Ce dernier fit dans un cas : la torsion du polype, son excision spiroïde en pelure de pomme de terre, une périnéotomie et compléta par l'énucléation des parties restantes.

*O. Larcher*¹⁶, en 1867, avait fait une étude d'ensemble sur ces gros polypes qu'il appelait « polypes à apparitions intermittentes ».

Mais ces polypes ne représentent qu'une phase de leur évolution qui, d'utérins, tend à les rendre définitivement utéro-vaginaux.

En 1885, notre maître *Pozzi*¹⁷ publie dans la *Revue de Chirurgie* une étude très importante sur « une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes) ». Il appelle, de ce nom d'*énormes polypes*, ceux qui remplissent tout le vagin, ne laissent pas arriver le doigt au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve d'une façon spontanée.

En 1889, *Secheyron*¹⁸, dans son traité, en cite quelques observations dues à son maître *Péan*. En 1890, *Bouilly*¹⁹ rapporte un cas très intéressant dont nous avons parlé au chapitre des opérations abdominales. En 1892, *Doyen*; en 1893, *Laroyenne*, *Picqué*²⁰ (tumeur en sablier), *Marchand*²¹, *Reynier*²², *Potherat*²³; en 1895, *Quénu*, cité par *Longuet*²⁴, en mentionnent des exemples.

En 1899, *Longuet* consacre un article dans le *Progrès médical* à cette question.

En 1900, M^{lle} *Gunzbourg*²⁵, dans sa thèse inspirée par *Ricard*,

préconise l'emploi du tube-tranchant pour le morcellement de ces énormes polypes dystociques.

Polypes sphacélés.

Cette complication fréquente autrefois, bien plus rare aujourd'hui que l'on opère les fibromes plus tôt, se rencontre cependant de temps à autre. *Pozzi*, dans son étude très complète sur les énormes polypes fibreux, en fixe les indications opératoires. Depuis cette époque, cette question n'a pas été l'objet de travaux spéciaux. Mais en 1898, à la suite d'une communication faite à la Société de chirurgie par *Lejars*, au nom de *Buffet*²⁶ (d'Elbeuf), sur les polypes fibreux utéro-vaginaux sphacélés, le 6 mars, toute une séance est consacrée à la discussion de cette variété de polypes. *Buffet* signale le cas de ces tumeurs qui, après un séjour plus ou moins long dans le vagin, viennent finalement se prolaber hors de la vulve sans cependant abandonner leur point d'attache. Il distingue dans le cas de sphacèle deux formes : le *sphacèle superficiel* limité à la coque de muqueuse et de tissu utérins qui enveloppe le fibrome, et le *sphacèle en masse* pouvant se compliquer d'accidents septiques suraigus mortels. *Routier*²⁷ apporte deux observations personnelles. *Ricard*²⁷ vient citer le cas d'une malade qu'il opéra avec succès d'un polype compliqué de septicémie puerpérale, avec 40° de fièvre et un état général si mauvais, qu'un de ses collègues avait refusé d'intervenir. A cette discussion prirent encore part *Bouilly*²⁷, qui envisage le cas particulier de polypes cavitaires en sablier et la voie première à suivre pour l'extirpation avec le moins de risques d'infection possible ; *Pozzi*²⁷, qui examine la pathogénie du sphacèle et pour qui l'élongation du pédicule agit plus encore que la torsion dans la production de cet accident ; *Quénu*²⁷, qui pense que la gangrène résulte de deux facteurs : l'ischémie et l'infection ; pour lui la gangrène résulte de la torsion du pédicule et aussi de la thrombose de ses vaisseaux, résultant elle-même d'une infection du polype ; *Potherat*²⁷, qui insiste surtout sur le manuel opératoire, et *Tuffier*²⁷, sur la gravité des accidents septicémiques ; ce dernier rapporte un cas où il ne put arrêter l'infection même par une hystérectomie.

Inversion polypeuse.

Nous ne citerons que quelques indications utiles. En 1883, *Denucé*²⁸, de Bordeaux, publie un traité clinique de l'inversion uté-

rine. C'est le travail le plus considérable qui ait été fait, en France du moins, sur ce sujet. A côté du mécanisme de l'inversion puerpérale, il étudie longuement celui de l'inversion produite par les polypes utérins.

En 1884, notre ancien maître *Polaillon*²⁹ communique à la Société de chirurgie un cas d'inversion complète, où il sectionna le pédicule au thermocautère, mais la cavité péritonéale ayant été ouverte à ce moment de l'intervention, il posa sur l'orifice ainsi créé involontairement une solide ligature et la malade guérit sans accident. Sur la pièce qu'il montra, on voyait le fond de l'utérus et la surface péritonéale.

En 1886, à la suite d'une communication de *Poncet*³⁰ à la Société de chirurgie sur un cas d'inversion utérine qu'il traita par la ligature à traction élastique et dans lequel l'utérus mit d'ailleurs 20 jours à se détacher, une discussion s'engage sur le diagnostic du polype fibreux et de l'inversion utérine, entre *Polaillon*, *Guéniot*, *Tillaux*, etc. Ce dernier prétend que le fibrome est absolument insensible et que l'utérus inversé est au contraire plus ou moins sensible à des piqûres d'aiguilles, et c'est là, pour lui, un signe de valeur absolue.

En 1898, *Routier*³¹ signale à la Société de chirurgie un cas où, croyant faire la section du pédicule d'un polype, il tomba dans un canal séreux et put constater avec surprise qu'il s'agissait d'une inversion complète de l'utérus sans polype : il trouva dans le canal séreux d'inversion les annexes prolabées et fit séance tenante une hystérectomie vaginale.

En 1899, *E. Alexander*³² publie un travail sur l'inversion utérine par les tumeurs et il en étudie particulièrement la pathogénie. Pour *Alexander*, l'utérus possède une certaine élasticité due au tonus normal du muscle utérin. Au niveau du point d'insertion de la tumeur et principalement s'il est large, cette élasticité est diminuée ; la couche musculaire amincie est troublée dans sa nutrition, de sorte qu'il y a là une zone de la paroi utérine en état d'infériorité par rapport aux parties voisines. Les fibres musculaires environnantes, rencontrant une résistance moindre en ce point, se resserrent et repoussent, invaginent pour ainsi dire la zone d'insertion de la tumeur. La pression intra-abdominale et le poids de la tumeur font le reste pour produire l'inversion utérine.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous devons considérer les polypes qui sont complètement contenus dans la cavité utérine et ceux qui apparaissent dans le vagin. Ces tumeurs tendent vers une évolution toujours la même en parcourant des phases successives qu'elles traversent plus ou moins tard selon la rapidité de leur processus et selon que la nature ou une intervention ont interrompu leur marche.

Partis du canal utérin, ils peuvent franchir tour à tour l'orifice interne du col, l'orifice du museau de tanche, passer à travers le vagin, se prolaber hors de la vulve et même s'éliminer spontanément.

Mais ils peuvent atteindre un volume considérable avant de franchir chacun des détroits de cette filière : un polype peut être petit et apparaître rapidement hors de l'utérus, un polype peut devenir très gros et rester cependant dans la cavité de l'utérus qui montre à son égard une tolérance toute particulière. Aussi est-il plus commode, pour la description de l'intervention, de tenir surtout compte du volume du polype plutôt que de sa situation. Nous envisagerons donc les polypectomies sans morcellement pour les tumeurs petites ou moyennes, et les polypectomies avec morcellement pour les grosses tumeurs ou pour celles en tout cas dont le volume, sans être très considérable, est un obstacle à l'issue du polype par la simple extirpation.

A. Polypectomie simple avec torsion et section du pédicule, sans morcellement de la tumeur.

Cette opération s'adresse aux polypes cavitaires occupant une des faces, le fond ou le voisinage d'un des trois orifices internes de la cavité de l'utérus, et aux polypes cervicaux qui se développent d'emblée dans le vagin.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES.

La préparation de la malade sera très soigneusement faite : autant que s'il s'agissait d'une hystérectomie. Il faut donc insister sur l'antisepsie du vagin, de la cavité du col qu'on écouvillonnera

à l'avance, de la surface du polype, s'il fait saillie hors du museau de tanche. La désinfection se fera quelques jours avant, à moins d'urgence, au moyen d'injections au permanganate de potasse et au sublimé, après brossage et savonnage, suivies d'un tamponnement du vagin avec des mèches antiseptiques.

Les instruments qu'on devra avoir sous la main sont ceux d'un curettage et d'une hystérectomie vaginale que l'on peut être appelé à pratiquer extemporanément, suivant des circonstances imprévues. Il faut avoir également un thermocautère pour cautériser le pédicule sectionné, s'il y a lieu.

Position opératoire : la malade sera placée en position dorso-sacrée.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Quelques auteurs ont cru bon, avant l'intervention, pour confirmer le diagnostic et préciser l'acte opératoire, de pratiquer l'hystéroscopie. Desormeaux, puis Trouvé, Doléris et Pichevin³³, Boisseau du Rocher, Duplay et Clado, Cogrel³⁴ ont utilisé et préconisé ce moyen d'exploration. Il nous paraît devoir donner bien peu de renseignements et, dans le cas particulier, bien qu'en pensent certains d'entre eux, il est évident que le polype empêchera l'accès de l'hystéroscope dans l'utérus, ou si l'instrument peut être partiellement introduit, placé devant lui, il cachera presque forcément son point d'implantation.

Lorsque le polype est intra-utérin, la portion sus-vaginale du col est généralement dilatée par « la tension même du polype » (Pozzi³⁵). S'il n'en est pas ainsi, il faudra procéder à la dilatation du col par l'introduction de lamineaires, ou mieux, au moment de l'intervention, par des bougies métalliques de Hegar. Si cela est nécessaire, on fera l'incision bilatérale du col au niveau des commissures, au moyen des ciseaux : le débridement unilatéral du museau de tanche peut suffire souvent.

On saisit le polype avec des pinces, de manière à l'abaisser le plus possible, et on pratique plusieurs tours de torsion qui en amènent le détachement. Mais parfois le pédicule est plus considérable, la torsion seule n'en vient pas à bout : il faut alors glisser l'index gauche sur la surface externe du polype, reconnaître l'implantation du pédicule et avec de longs ciseaux courbes sur le plat et à long manche, insinués jusqu'à lui, on pratique une petite sec-

tion sur la naissance de la tumeur ; on fait une nouvelle torsion suivie d'une nouvelle section et ainsi de suite jusqu'à ce que le polype soit complètement détaché : on se rend ainsi compte, au fur et à mesure, du travail accompli, et, par ce mécanisme, on aide au détachement du pédicule tout en favorisant l'hémostase.

Pendant cette traction, torsion et section du polype, la main placée sur le pubis à travers une compresse aseptique, surveillera de temps à autre le fond de l'utérus pour prévoir l'inversion utérine.

Beaucoup de chirurgiens conseillent de couper le pédicule le plus haut possible. Pozzi n'est pas de cet avis : d'après lui, en ne sectionnant pas au ras de l'utérus, on se met davantage à l'abri d'une hémorrhagie secondaire, car le pédicule sectionné se rétracte dans la cavité utérine et « la portion qui n'est pas éliminée par suite de la torsion qu'elle a subie, s'étale et s'efface rapidement ».

D'ailleurs, cette crainte de l'hémorrhagie au niveau de la surface d'implantation est illusoire, car le muscle utérin se rétracte très vite une fois qu'il n'est plus distendu par son contenu pathologique.

Depuis longtemps, Dupuytren s'était élevé contre cette idée des pédicules soit-disant hémorrhagiques. Nous n'insisterions pas sur ce point, si dernièrement Phocas³⁶, de Lille, (1900) n'avait, dans une publication, préconisé de nouveau la ligature ; ce chirurgien dit n'avoir jamais rencontré, pour sa part, des pédicules non saignants à la suite de la torsion ou de la section ; il conseille aussi dans certains cas la forcipression par une pince à demeure sur le pédicule pendant 48 heures, comme dans une hystérectomie vaginale ; il a également essayé deux fois avec succès l'écrasement pédiculaire avec l'angiotribe moyen de Mathieu qui est assez facile à manier et qui peut être glissé aisément sur le pédicule : cette angiotripsie doit durer 2 à 3 minutes pour être efficace : au niveau du point écrasé, la section ne donne pas de sang, du reste le pédicule peut se détacher par l'écrasement seul. Il est évident que la ligature, la forcipressure, l'écrasement ne sont pas à renier et qu'on devra les utiliser dans certaines circonstances, qui, nous le répétons, sont exceptionnelles malgré tout.

On pourra faire la cautérisation au thermocautère du pédicule, et surtout faire suivre la polypectomie d'un curettage utérin complet, ainsi que le recommande Pozzi. Phocas n'est pas partisan du

curettage consécutif, mais à tort, et voici pourquoi : l'hémorrhagie en nappe, si elle se produit, sera précisément arrêtée par le seul curettage ; l'utérus déshabité, en état de subinvolution, le curettage a l'avantage d'activer la contraction des parois utérines (il y a là une analogie avec la façon dont les accoucheurs arrêtent une hémorrhagie par inertie utérine, en introduisant la main dans l'utérus, en le débarrassant de ses caillots et en frictionnant avec les doigts sa cavité afin de déterminer la contraction); de plus, le polype a fait longtemps office de soupape non complètement hermétique, mais qui a suffi cependant à produire un clapier de rétention : pertes blanches, caillots décomposés, fongosités, en somme métrite concomitante qu'il faut soigner, par la même occasion qu'on enlève le polype qui l'a produite ou entretenue.

La polypectomie terminée, on lave la cavité utérine avec de l'eau oxygénée, ou l'on fait un attouchement des parois avec une solution de chlorure de zinc à 1 p. 10, on draine l'utérus et on procède comme à la suite d'un banal curettage.

Un point cependant : on est parfois obligé de faire la section bicommissurale du col ; nous pensons qu'on devra la faire plus souvent, à titre explorateur. Il est bien possible, en effet, que le polype enlevé, il y ait d'autres lésions, d'autres polypes beaucoup plus reculés, ou des fibromes sous-muqueux et interstitiels. Nous avons vu plusieurs fois des petits fibromes qui auraient été abandonnés si on n'avait ainsi procédé. Cette bisection du col devrait être un complément indispensable, à moins que le toucher intra-utérin ne soit absolument facile. Il n'est pas rare que les polypes cavitaires occupent le voisinage très immédiat des orifices utérins des trompes sur lesquelles ils influent d'une manière fâcheuse en produisant de l'atésie, de la dystocie ovulaire, un hématosalpinx, des lésions annexielles diverses. Nous avons quatre observations de malades opérées, par notre maître Segond, de polypes des angles utérins par hystérotomie bilatérale du col : l'une d'elles (26 mars 1896) avait un polype sur chacun des deux orifices tubo-utérins, trois autres (6 mars, 2 juillet, 3 juillet 1900) avaient un polype cavitaire au niveau de la corne utérine droite.

La réparation de la section uni ou bicommissurale du col est facultative. Très souvent avec notre maître, lorsque les tranches saignaient peu, nous avons laissé les choses en l'état et la réunion spontanée se faisait parfaitement au bout de peu de temps. Quand

on jugera la suture nécessaire il vaudra mieux la pratiquer au catgut.

Lorsque le polype naît au niveau du museau de tanche et se développe vers le vagin, l'extirpation est tout ce qu'il y a de simple, aussi nous n'insistons pas. On procédera comme plus haut, par torsion et section, et s'il y a lieu par un petit évidemment conoïde de la lèvre du col au niveau de l'insertion pédiculaire avec un ou deux points de suture.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES.

Nous avons vu que l'*hémorrhagie* est un accident rare, mais il peut être quelquefois à redouter chez des malades déjà très affaiblies par les pertes sanguines antérieures. Si le suintement devenait menaçant, on n'aurait qu'à bien bourrer la cavité utérine de mèches stérilisées et à pratiquer l'occlusion temporaire du col par une pince à abaissement rapprochant les lèvres cervicales et laissée en place quelques heures, comme le conseille Longuet³⁷. Si l'hémorrhagie était incoercible on terminerait, séance tenante, par une hystérectomie vaginale. Mais il est bien probable que par l'hystérotomie et un bon tamponnement on aura toujours raison de ces cas-là.

La polypectomie étant faite et complète, il peut arriver que des hémorrhagies abondantes recommencent quelque temps après, et, devenant très graves, nécessitent une ablation totale de l'organe. Certains auteurs, Leopold, Voigt, Prochownich, Tandler en signalent des exemples : Leopold incrimine, dans ces cas, la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux utérins, Tandler³⁸, une véritable inertie utérine.

Il peut arriver encore que le polype cavitaires adhère à l'utérus par plusieurs points isolés, la cavité utérine n'étant pas tout à fait oblitérée et permettant l'écoulement menstruel. Ces adhérences sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins solides et constituent de véritables *pédicules secondaires*. A propos d'un cas semblable, le Pr Terrier et Reymond³⁹ ont fait une étude de ces fibromes cavitaires à pédicules multiples (1900). Si l'on se trouve en présence de cette variété, il faudra détacher les adhérences et sectionner, s'ils ne sont pas trop nombreux, ces pédicules secondaires : la section bicommissurale du col sera ici absolument nécessaire pour parvenir au vrai pédicule implanté dans un point, sans cela

inabordable. S'il y avait des adhérences trop étendues et des pédicules trop multiples, il serait préférable de renoncer à la polypectomie pour l'hystérectomie vaginale totale.

Enfin, en même temps qu'un polype, il peut y avoir un *fibrome interstitiel* ou *sous-muqueux*. Cette coïncidence a été constatée plusieurs fois. Graverry⁴⁰ l'a vue dans un cas d'utérus et de vagin doubles. Nous publions plus loin une observation d'une femme opérée par notre maître Segond (6 mars 1900), où il y avait coexistence de fibrome interstitiel et de polype. Dans ces cas, l'énucléation doit être complémentaire de la polypectomie vaginale.

B. Polypectomie avec morcellement de la tumeur.

Cette opération s'adresse : aux gros polypes fibreux cavitaires dilatant l'utérus sans sortir de sa cavité, à ce qu'on a appelé heureusement les *grossesses fibreuses* ; aux polypes contenus mi-partie dans l'utérus, mi-partie dans le vagin, à ce qu'on a nommé des *tumeurs en sablier* ; aux polypes ayant émigré presque totalement de la matrice et se développant dans le vagin qu'ils remplissent, à ces polypes utéro-vaginaux, sphacélés ou non, que Pozzi a désignés sous le nom d'*énormes polypes* ; enfin aux polypes fibreux non cavitaires mais cervicaux, prenant naissance sur une des lèvres du museau de tanche et pouvant acquérir un volume parfois aussi considérable que les précédents : ces derniers n'ont jamais connu le canal utérin, ils n'ont jamais habité que le vagin : ce sont des *polypes cervico-labiés*.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES.

Ce sont les mêmes que nous avons indiqués plus haut ; nous n'y reviendrons pas.

Dans le cas d'énormes polypes sphacélés, s'il n'y a pas urgence opératoire absolue, on devra désinfecter au préalable, dans la mesure du possible, la surface du polype et les recoins vaginaux qu'il peut avoir laissés libres. On ne peut espérer une *désinfection* parfaite d'une région parfois si infectée par des écoulements séropurulents ou putrilagineux, par gangrène partielle ou globale du polype. Du reste, il faut bien savoir que la meilleure désinfection sera l'ablation du polype cause de rétention.

On aura soin de relever, avant l'intervention, par un traitement médical tonique, par des injections sous-cutanées de sérum, l'état

général des malades si souvent profondément infectées et cachectisées. Mais là encore, on doit se dire, que plus tôt la polypectomie sera pratiquée, plus tôt la fièvre tombera et les phénomènes infectieux s'amenderont. Nous avons eu souvent l'occasion de constater le fait, et nous avons opéré des malades chez lesquelles il a été précieux de gagner du temps au lieu de perdre quelques jours à une désinfection parfois chimérique : il est certain que dans plusieurs circonstances, une temporisation inutile a pu causer la mort de la malade.

Comme *instrumentation*, il faut avoir sous la main tout ce qui est nécessaire pour pratiquer au besoin une hystérectomie abdominale et même vaginale.

Au point de vue de l'*anesthésie*, Pozzi recommande de la prolonger le moins possible chez des femmes affaiblies à l'extrême, aussi importe-t-il de manœuvrer avec rapidité.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Que le polype fibreux provienne d'une des lèvres du col, ou de la cavité utérine, après avoir franchi l'orifice externe, du moment que par sa masse il remplit et distend le vagin, qu'il empêche l'accès du col ou du pédicule, point n'est besoin de se perdre en raisonnements superflus sur son origine probable que l'on ne peut presque jamais affirmer dans ces conditions : il faut déblayer le terrain, attaquer directement la tumeur par le morcellement : c'est-à-dire que l'écrasement, la dislocation du bloc fibreux au moyen de céphalotribes ou de cranioclastes (Frankenhauser, Braun), de même que les manœuvres de forceps accomplies à l'aide d'instruments spéciaux (forceps denté de A. Martin, à dents de brochet de Jeannel), nous paraissent absolument inutiles, pour ne pas dire entachés de vétusté. Du reste, cette façon de procéder a plusieurs fois amené la déchirure du périnée (Warnot, 1887), des délabrements vulvo-vaginaux étendus (dans un cas, Nagel⁴¹ (1886) observa, à la suite d'une application de forceps pour polype, une nécrose totale de la paroi vaginale); quelquefois même ces tentatives de forceps sont demeurées infructueuses (Fraipont⁴², 1886).

Nous en dirons autant des débridements périnéaux ou vulvaires, comme les ont conseillés et pratiqués Dupuytren, Heywood Smith et Barnes (1881), Kœberlé (1888), Fraipont (1886), etc., on s'en passera d'autant plus volontiers qu'ils sont insuffisants, dangereux

parfois, et sont autant de brèches ouvertes à l'infection si l'on manipule un polype sphacélé.

Le morcellement sera donc pratiqué d'emblée, sans la moindre tentative d'extraction totale. On saisit le polype dont le pôle inférieur bombe parfois à la vulve comme une tête fœtale, on le fixe au moyen de grandes pinces dentées (de Péan, de Nélaton, de Richelot, peu importe) ou mieux avec un tire-bouchon (de Segond, de Doyen, de Delagénère, peu importe encore et l'on commence à morceler, soit en pratiquant des évidements coniques, comme le faisaient, il y a longtemps, Velpeau, Chassaignac, Lisfranc, Péan, soit par des incisions transversales en arêtes ou en escalier, à la manière de Simon, soit par des incisions spiroïdes, en pelure de pomme de terre comme Hegar, Kœberlé, soit encore par évidement cylindrique au moyen du cylindre denté de Segond⁴³, du tube-tranchant de Doyen * (les cylindres débités sont extraits avec une pince-gouge), soit par la section médiane en plein polype, section dont les tranches offrent une prise facile et solide aux pinces (Quénu), soit enfin par section en V d'avant en arrière (Doyen). Nous n'attachons pas une grande importance à ces pratiques diverses : ce qu'il faut surtout, c'est morceler et évier en plein centre de la tumeur, on évitera ainsi l'hémorrhagie, du reste le plus souvent insignifiante, on ne s'exposera pas à blesser les parois vaginales, on se rendra facilement compte du chemin parcouru pas à pas, et l'on pourra ainsi surprendre l'inversion si elle tend à se produire. La pression sur la région hypogastrique aidera à l'abaissement de l'utérus en même temps qu'elle surveillera son fond pour s'assurer qu'il ne s'inverse pas.

Le morcellement, poursuivi méthodiquement et suffisamment avancé, permettra à un moment donné de se rendre compte si le

* A propos du tube-tranchant de Doyen, il faut dire que cet instrument est, en somme, le même emporte-pièce que le cylindre denté construit antérieurement par Colin sur les indications de Segond et figuré dans la première édition du *Traité de Pozzi*. Ingianni Giuseppe (de Gênes) a proposé un instrument similaire pour pratiquer ce qu'il appelle la tunnellisation des fibromes. (Ingianni Giuseppe. — *Tunnelizzazione dei tumori fibrosi dell' utero nell' isterectomia vaginale per spezzeltamento e di un nuovo strumento per praticala*. — *Annali di Ostetrica e Ginecologia*. Milan, 1898, t. XX, n° 3 de mars 1898, p. 235.) Pour être plus simple que le tube du chirurgien italien et que le cylindre denté dont Segond ne s'est, du reste, jamais servi, et qu'il se plait à classer lui-même parmi les instruments les plus archaïques, le tube de Doyen n'en reste pas moins un instrument inutile.

Avec un couteau convenable, une paire de ciseaux et un bon instrument de préhension (pince ou tire-bouchon), on a tout ce qu'il faut pour terminer au plus vite et au mieux les morcellements les plus complexes.

polype est inséré sur une des lèvres du col ou s'il se poursuit encore dans l'utérus.

Si le polype est fixé sur une des lèvres du col, rien de plus simple que de le sectionner. Buffet¹¹ (d'Elbeuf) a extirpé ainsi un polype inséré sur la lèvre postérieure du col et qui pesait plus de 3 kilogrammes. Jouin¹² a enlevé un polype qui était attaché à la partie moyenne de la face postérieure du col et qui déterminait de graves accidents dus à la compression des uretères. Le pédicule n'est pas toujours grêle, et il est même connu que les fibromes cervicaux sont généralement d'une implantation plus courte et plus large ; on peut être entraîné alors à terminer par une énucléation au niveau du col, par un évidement conique de la lèvre du col, ou encore par une amputation circulaire du col désinséré.

Si le polype se poursuit dans la cavité utérine, où il possède son origine, deux cas se présenteront, suivant que le pédicule est mince, et alors on procédera, comme nous l'avons déjà vu, à une polypectomie simple, maintenant qu'on est débarrassé par le morcellement de la masse vaginale qui empêchait l'accès de la cavité de la matrice ; ou bien suivant que le reste de la tumeur contenu dans l'utérus est encore très considérable ; dans ce cas, après le morcellement intra-vaginal, il faut faire le morcellement intra-utérin. Ce dernier est souvent long et laborieux ; il est pour ainsi dire parcellaire au début, mais à mesure que l'on avance, les morceaux sont de plus en plus considérables, généralement ; il arrive même qu'après avoir stationné un certain temps sur place sans progresser, tout à coup par un effort, un mouvement heureux, le restant du bloc fibreux est entraîné à la vulve. Ce morcellement intra-utérin ne demande pas, le plus souvent, un agrandissement artificiel du col, qui est très ordinairement dilaté, effacé et réduit à une mince collerette.

Dans ces énormes polypes qui vont de la vulve à l'ombilic, l'important est d'aller jusqu'au bout, afin de ne point abandonner dans l'utérus une portion plus ou moins sphacélée, ou destinée à l'être, pouvant donner lieu à des accidents de septicémie. L'on peut arriver à débarrasser l'utérus de toute la tumeur en conservant l'organe. Quénu (1895), cité par Longuet, obtint, dans un cas semblable, une extirpation totale avec conservation de l'utérus après deux heures de morcellement. Mais il advient, malgré tout, que l'opération demeure inachevée : Péan, Laroyenne, Bouilly en rap-

portent des exemples; en 1897, nous en avons vu un cas auprès de notre maître Picqué. Il faudrait alors terminer par voie abdominale et pratiquer une véritable césarienne pour enlever le lobe fibreux restant dans l'utérus. En procédant ainsi, Bouilly perdit une malade par infection péritonéale, d'où le conseil, dans des cas semblables, de tenir une conduite inverse: de commencer par le ventre, de faire l'hystérotomie médiane, d'énucléer le lobe intra-utérin non infecté du polype, de fermer l'incision césarienne et de terminer par le vagin l'ablation du lobe intra-vaginal sphacélé du polype. Bouilly opéra, en 1889, un cas de cette façon avec succès; nous avons déjà cité cette observation aux chapitres des opérations abdominales. Avec l'hystérotomie cervico-vaginale bilatérale par le procédé de Segond on ne connaît pas, il faut bien le dire, ces impossibilités et grâce à elle, comme nous le verrons plus loin, on n'aurait pas à imiter la conduite en deux temps suivie par Bouilly.

Le polype une fois enlevé, l'opération n'est pas toujours finie, et il faut savoir, s'il y a lieu, décider une hystérectomie consécutive à la polypectomie: l'existence de lésions annexielles, de péri-métrite, ou encore la fragilité de la coque utérine, impropre à la conservation, plaideront dans ce sens. Cette hystérectomie totale complémentaire, est-il besoin de le dire, est on ne peut plus simple: l'utérus est une loque qui ne demande qu'à sortir.

Si le polype, quoique très volumineux, est entièrement cavitairé, s'il n'est jamais sorti de la cavité utérine, on procédera comme pour un fibrome sous-muqueux sessile ou interstitiel. La dilatation du col (sans que le polype soit d'ailleurs prolabé de l'utérus) est suffisante souvent pour permettre l'introduction des instruments et la pratique du morcellement: Segond opéra ainsi avec succès une grossesse fibreuse type par un morcellement en 35 fragments sans incision préalable du col (26 janvier 1895); la tumeur pesait 1^{kg},50 et il y eut, à la fin de l'opération, inversion totale facilement réduite. Quand on ne pourra pénétrer facilement dans l'utérus, on fera un débridement ou une hystérotomie cervicale uni ou bicommissurale, mais si on peut l'éviter cela vaudra mieux: on épargnera ainsi un peu de sang chez des femmes anémiées à l'extrême et l'on n'ouvrira pas une porte nouvelle à l'infection quand l'on a affaire à un polype sphacélé et infecté.

L'opération terminée, l'utérus évacué, on détergera sa cavité

très soigneusement avec des compresses montées et imbibées de sublimé ou d'eau oxygénée : on évitera de pousser à ce moment une injection dans l'utérus, de peur qu'elle ne passe à travers une fissure passée inaperçue. On réparera les délabrements vaginovulvaires s'il s'en est produit, puis on fera un drainage de la cavité utérine avec de gros drains entourés de longues mèches tassées et un tamponnement lâche du vagin.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES.

Quelques-unes de ces complications sont dues à des *erreurs de diagnostic*. C'est ainsi que des polypes utérins en ont imposé pour un prolapsus utérin ou une inversion : il est évident que les tentatives de réduction sont dans ce cas absolument intempestives ; c'est ainsi encore que des fibro-myomes du vagin pouvant acquérir un volume assez considérable ont pu être pris pour des polypes utérins et provoquer de la part de l'opérateur des tractions et des torsions dangereuses : ces fibro-myomes vaginaux siègent ordinairement sur la paroi antérieure (Kleinwachter, Philipps⁴⁶). Il suffit d'être averti de ces éventualités.

Les autres complications, pouvant survenir pendant ou après la polypectomie vaginale, sont : l'hémorrhagie, les délabrements vulvo-vaginaux, les adhérences polypo-vaginales, l'inversion utérine, la perforation utérine, l'atonie utérine et l'infection.

L'*hémorrhagie* est rare dans la polypectomie et ne survient guère que si l'on a blessé l'utérus ou un organe voisin : pour ce qui est de l'hémorrhagie en nappe de la cavité utérine après l'extraction de la tumeur, il ne faut pas s'en inquiéter outre mesure, on l'arrêtera avec de longues et larges mèches dont on remplit la matrice et dont on laisse pendre une des extrémités dans le vagin : il faut se servir des mèches de gaze de préférence aux compresses dont on pourrait oublier quelque-une dans l'utérus, ce qui s'est vu.

Les *délabrements vulvo-vaginaux*, les déchirures du périnée, du vagin, seront le plus souvent évités si l'on a recours au morcellement bien fait. Mais il n'en sera pas de même de ceux qui peuvent résulter des adhérences polypo-vaginales qui, d'après Fritsch, Küstner, Klob, ne seraient pas très rares lorsque le polype a séjourné un certain temps dans le vagin. On doit s'attendre à les trouver et procéder avec beaucoup de précautions. Nous ne reparlerons pas des adhérences qui existent entre la surface du

polype et les parois utérines, constituant quelquefois des pédicules secondaires multiples dont Fritsch, Küstner et dernièrement Terrier et Reymond (1900) ont signalé des cas intéressants. Nous devons signaler aussi les cicatrisations vicieuses qui résultent de ces vastes ulcérations vaginales après l'ablation ou l'expulsion d'un polype utéro-vaginal. Papoff¹⁷ (1895) rapporte un fait concernant une femme qui, dans des circonstances semblables, eut consécutivement un raccourcissement du vagin réduit à 4 centimètres : le cul-de-sac vaginal adhérait à une branche descendante du pubis, la partie correspondante du rectum était très dilatée, le ligament utéro-sacré droit était très raccourci.

L'*inversion utérine*, conséquence d'une traction trop énergique, quelquefois s'opérant presque spontanément, sera soupçonnée lorsqu'à côté d'un fragment de la tumeur on verra apparaître une autre tumeur plus rouge, plus tomenteuse et plus molle. Mais elle n'est pas toujours aisée à reconnaître, car la coque péri-fibreuse se présente avec des débris blanchâtres, cellulieux, doublant le muscle utérin, cachant la paroi utérine dans certains cas, de telle sorte que c'est surtout à la venue trop rapide du bloc néoplasique vers la fin, qu'on pourra penser qu'elle s'est produite et s'en assurer par les moyens ordinaires. Jadis, en 1886, Poncet, Polaillon, Tillaux, Guéniot, ont discuté sur le moyen de reconnaître l'inversion, prétendant que le muscle utérin reste sensible à l'encontre du fibrome : ce n'est qu'un signe sans valeur puisqu'ici la malade est anesthésiée. La réduction de l'inversion est généralement très facile : si elle s'opérait avec difficulté on ferait l'incision bicommissurale du col qui serait d'un grand secours ; si elle était impossible, on pratiquerait séance tenante l'hystérectomie vaginale. D'ailleurs, dans certaines circonstances, pour atteindre un pédicule inséré haut, par exemple, on sera en droit de provoquer l'inversion, quitte à la réduire.

La *perforation utérine* peut se produire au cours de la polypectomie vaginale. Si la désinfection est jugée complète, avec un tamponnement, une suture de la paroi, cette complication pourra n'être pas grave. Notre maître Polaillon¹⁸, dans un cas, ouvrit par mégarde la cavité péritonéale dans une polypectomie vaginale : il lia l'orifice d'effraction, et sa malade guérit fort bien sans incidents. Mais si, au contraire, la région est infectée, s'il y a un sphaécèle polypeux, voulant être trop conservateur, on risquerait une périto-

nite septique, et mieux vaut alors pratiquer immédiatement une hystérectomie vaginale, ainsi que Wœrth le fit avec succès; dans un cas, Sängér⁴⁹ fit de suite une laparotomie secondaire et une hystérorrhaphie; cette conduite est certainement dangereuse et aléatoire.

Le sphacèle des polypes est tel parfois que ces tumeurs sont absolument friables et n'offrent que peu de prise aux instruments à préhension : il nous est arrivé dans quelques cas de nous servir de la curette tranchante qui permet d'enlever de très gros copeaux de ces masses molles et parfois si friables qu'on a pu penser souvent à un épithélioma (nous avons vu plusieurs de ces diagnostics erronés), à une rétention placentaire (Lejars⁵⁰ signale un exemple de cette erreur (1898). Ce dernier auteur mentionne les accidents septiques suraigus et mortels qui compliquent parfois le sphacèle en masse des polypes. Tuffier fut, dans un cas, impuissant à enrayer l'infection même par une hystérectomie vaginale.

Il ne faut pas oublier que ces polypes sont quelquefois des sarcomes. Dernièrement, Morestin⁵¹ (1900) en a présenté un cas enlevé par polypectomie. Si le diagnostic histologique de tumeur sarcomateuse est affirmé, il faudrait recourir à une extirpation secondaire et totale de l'utérus.

A la suite de Leopold, Voigt, Prochownich, Tandler, Boursier⁵² (1897) a remarqué souvent, à la suite de la polypectomie, la rétraction lente de l'utérus par suite d'atonie et il conseille, pour cette raison, de surveiller les pansements consécutifs de très près de peur de l'infection.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

A. Polypectomie vaginale simple sans morcellement pour petits et moyens polypes.

Les cas d'expulsion spontanée des polypes ne sont pas très rares, mais cela n'est point une raison pour abandonner ces tumeurs à leur évolution naturelle. S'il y a eu des exemples heureux de guérison sans intervention, les cas de mort par polypes ne se comptent plus, et il n'est pas nécessaire que ces productions néoplasiques aient atteint un volume considérable : de petits

polypes, par leurs hémorrhagies incessantes, ont conduit des malades à une issue fatale.

Attendre le détachement spontané du polype, recourir à un traitement médical, du reste illusoire, c'est user d'une méthode plus qu'archaïque, c'est tenir une conduite méritant une réprobation absolue et condamnable à l'heure actuelle. En principe, tout polype utérin doit être opéré quand il s'est suffisamment révélé par ses hémorrhagies ou son apparition. Avant l'ère antiseptique et à l'époque des vieux procédés de ligature lente, la polypectomie pouvait compter comme une opération très grave, dont le coefficient de mortalité était tel qu'il dépassait, selon l'expression de Gusserow, même celui du choléra asiatique. Aujourd'hui, avec l'antisepsie, la désinfection préalable, l'usage des instruments tranchants, l'acte opératoire simplifié et rapide, la polypectomie appliquée aux petits et moyens polypes est une intervention facile et ne comportant pas de léthalité. D'ailleurs, les résultats de cette opération sont là pour le prouver : des femmes affaiblies, anémiées jusqu'au point d'être en danger de mort, débarrassées de leur polype sont véritablement sauvées.

La polypectomie, même pour petites tumeurs, constitue, en quelque sorte, une opération d'urgence. Il n'est pas rare qu'il y ait coexistence de fibromes interstitiels ou sous-muqueux sessiles avec un polype : l'ablation du seul polype fait disparaître, au moins pour un temps, les accidents menaçants. C'est pourquoi, si l'on se trouve en présence d'une malade très cachectisée, on pourra se borner à n'enlever que le polype, opération bénigne et courte, remettant à plus tard une opération plus radicale ; on permettra ainsi à l'état général de la malade de se relever. Si, au contraire, la patiente est encore suffisamment résistante, on devra pratiquer une intervention complète, faire l'énucléation des autres noyaux fibreux sous-muqueux ou pariétaux, si la conservation de l'utérus est possible, et cela après une section bicommissurale du col, si besoin est, la polypectomie sera, par conséquent, en même temps, une opération exploratrice.

Nous ne voyons d'autres contre-indications à la polypectomie vaginale que celles qui deviendraient, en revanche, les indications de l'hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, c'est-à-dire la multipliéité extrême des polypes, les adhérences et les pédicules secondaires d'un polype irradiant des racines dans les parois

utérines enveloppantes, la non-valeur presque absolue d'un utérus chroniquement métritique, enfin la présence simultanée de lésions annexielles bilatérales graves.

B. Polypectomie vaginale par morcellement pour polypes géants : cervicaux, cavitaires, utéro-vaginaux, sphacélés ou non.

Jadis, pour ces énormes polypes sphacélés ou non, l'expectation était souvent de règle : cette abstention opératoire équivalait à la mort de la malade. Plus près de nous, armés d'une technique et d'une instrumentation meilleures, on a pu sauver un certain nombre de femmes. Mais, bien que plus récemment, avec un manuel opératoire mieux réglé, plus sûr, plus perfectionné, on obtienne assez souvent de très brillants résultats, la polypectomie vaginale par morcellement n'est pas sans comporter encore une certaine gravité surtout quand elle s'attaque à des polypes gangrenés. Sur une statistique, réunie par Longuet⁵³, de 38 cas opérés dans ces dernières années, cet auteur relève 8 morts, c'est-à-dire 24 p. 100 de mortalité. Tous les succès sont dus à la septicémie, aucun ne peut être imputé à l'hémorrhagie. Cette proportion ne représente pas sans doute la réalité, car ainsi que le dit Longuet, les polypectomies heureuses ne sont pas, à cause de leur banalité, toujours publiées ; il est vrai que les succès sont souvent moins proclamés encore, mais il est juste de dire que leur nombre est certainement bien moins considérable que les premières ; pour notre part, dans une période de 8 ans, nous avons vu une polypectomie vaginale par morcellement non achevée et suivie de mort, pour une douzaine environ terminées par la guérison et pourtant non publiées.

La polypectomie vaginale par morcellement est indiquée chaque fois qu'on aura affaire à un très gros polype, surtout quand il est sphacélé. Longuet qui poursuit contre le morcellement une guerre de *guérillas* n'a pas manqué au tournant du chapitre des polypes de lui porter un coup rapide et acéré ; il pense que, plus souvent, on devrait lui substituer l'hystérectomie totale et que « déjà l'apparition de la voie vagino-abdominale ou abdomino-vaginale en ces derniers temps laisse pressentir une évolution nouvelle ». Nous pensons que si la polypectomie vaginale se présente très grave chez des femmes exsangues, cachectisées, infectées, fébriles, ayant

des urines albumineuses, l'hystérectomie abdominale totale l'est encore bien davantage. Du reste nous n'avons qu'à rappeler ces cas de septicémie suraiguë et mortelle dont Lejars³⁴ parlait il y a deux ans à la Société de chirurgie, et l'exemple que nous avons cité plus haut, où Tuffier ne put arrêter l'infection par une hystérectomie.

La polypectomie vaginale doit être considérée et pratiquée comme une opération d'urgence, et si la malade en a bénéficié, si elle peut être sauvée du danger immédiat, il y aura lieu d'examiner alors l'opportunité d'une hystérectomie secondaire pour les lésions chroniques utérines ou annexielles qui ont persisté. On peut souvent être assez heureux pour que la polypectomie seule permette la guérison absolue avec conservation de l'utérus et de ses annexes. Kœberlé³⁵ cite même un cas où à la suite d'une polypectomie, en partie par morcellement et en partie par énucléation, qu'il fit pour un fibro-myome qui mesurait 13 centimètres de diamètre et qui se trouvait implanté par une large base dans la cavité utérine, l'opérée eut une grossesse qui se termina à terme sans incident.

ÉNUCLÉATION VAGINALE

AVEC OU SANS MORCELLEMENT

PAR HYSTÉROTOMIE CERVICO-VAGINALE UNI OU BILATÉRALE

pour fibromes sous-muqueux sessiles et interstitiels proprement dits.

(Ancienne opération d'Amussat, 1840. — Procédé de Péan, 1883.)

Procédé de Segond, 1900.

I. — DÉFINITION. SYNONYMIE

Cette opération se propose d'extraire par voie vaginale, ou d'une façon plus précise, par voie vagino-utérine, les fibromes sous-muqueux sessiles ou interstitiels proprement dits inclus dans le muscle utérin.

Nous disons par voie vagino-utérine, pour indiquer que cette intervention se sert, comme voie d'accès, de la filière génitale, à l'encontre d'autres opérations qui, suivant d'abord la voie vaginale, traversent ensuite, pour pénétrer plus avant, le vagin par des incisions variables dans ses culs-de-sac antérieur, postérieur ou latéraux.

L'ablation des fibromes sous muqueux sessiles et interstitiels est, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, une opération toute différente de la polypectomie vaginale qui s'adresse à des tumeurs pédiculées et qui n'oblige pas à traverser une plus ou moins grande épaisseur des parois utérines.

L'extirpation des fibro-myomes sessiles ou interstitiels a parfois été appelée *énucléation vaginale*, terme sinon impropre, du moins incomplet, puisqu'il ne désigne, le plus souvent, qu'une des manœuvres de l'extirpation où elle se combine au morcellement. On l'a nommée encore : *myomotomie vaginale*, *myomectomie*

vaginale, applications plus justes mais insuffisantes. Avec notre maître Segond, nous l'appellerons : *énucléation avec ou sans morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale*, suivant que la section du col porte sur une seule ou sur les deux commissures. Nous dirons quelquefois aussi *hystérotomie uni ou bicommissurale*.

II. — HISTORIQUE

Il y a ici deux périodes assez distinctes basées sur la pratique ou non du morcellement joint à l'énucléation.

La première commence en 1833 avec *Velpeau* qui, le premier, a l'idée de l'énucléation des fibromes, et se continue en 1840 avec *Amussat* qui exécute, le premier, cette énucléation pure et simple des fibromes.

La deuxième commence en 1874 avec *Emmet* qui préconise et pratique un procédé mixte d'énucléation et de morcellement, et se continue en 1883 avec *Péan* qui a eu le mérite de donner à la méthode toute son ampleur par les perfectionnements successifs de sa technique.

Ces deux périodes ne sont pas scindées d'une façon absolue, et la première ne s'achève pas quand la seconde commence ; c'est-à-dire que l'on a continué à faire des énucléations simples, alors que la méthode de morcellement était répandue ; d'ailleurs, dans certains cas, l'énucléation peut être seule indiquée quand le volume du noyau fibreux n'est pas bien considérable. Mais pour la clarté de cet exposé historique, nous nous servons de cette scission un peu schématique en deux phases dont nous indiquons les origines principalement.

PREMIÈRE PÉRIODE. *Origines* : 1833 (*Velpeau*), 1840 (*Amussat*).

Opération d'Amussat.

La possibilité d'énucléer les fibromes du muscle utérin, grâce à la présence d'une capsule celluleuse qui les entoure, avait été entrevue dès 1833 par *Velpeau*¹ qui décrivit même cette capsule comme une bourse séreuse.

Mais c'est en 1840 que cette idée de l'énucléation est mise en pratique par *Amussat*² qui a laissé son nom à cette opération. Son manuel opératoire consistait dans l'incision bilatérale du col, l'abaissement de l'utérus, la section médiane du fibrome quand il était assez gros, ce qui permettait l'extraction en deux moitiés énucléées chacune à leur tour. Amussat se prémunissait contre l'ouverture du péritoine par perforation utérine, contre l'inversion de la matrice, la blessure de l'artère utérine et de la vessie. Après l'extirpation du fibrome, il soumettait la malade à l'irrigation vaginale continue.

Les deux premières tumeurs enlevées par ce chirurgien pesaient : l'une 338, l'autre 448 grammes : elles avaient environ le volume d'un œuf d'autruche.

Lisfranc, en 1843, pratiquait et préconisait cette opération, mais ne s'adressait guère qu'aux petits fibromes facilement accessibles qu'il extirpait par énucléation digitale ou avec une petite spatule.

Boyer, *Maisonneuve*, *Bérard* imitèrent aussi Amussat et obtinrent de beaux succès. Mais cette opération, qui avait paru d'abord séduisante, fut à cette époque de septicémie et de pyohémie, la cause de véritables désastres qui mirent un frein à l'enthousiasme des partisans de l'opération d'Amussat : les malades mouraient d'infection, parfois même d'hémorrhagie. Ce procédé logique et de réelle valeur tombait bientôt en désuétude : il était né avant l'époque antiseptique et devait naturellement subir le sort de bien d'autres méthodes opératoires. *Jarjavay*³ (1850) et *Guyon*⁴ (1860), dans leurs thèses d'agrégation, prononcèrent pour ainsi dire son oraison funèbre. Depuis ce moment, en France, on ne parlera plus de longtemps de l'opération d'Amussat.

Elle se réfugia, par contre, en *Amérique* où elle fit son apparition en 1845, propagée par *Atlee*⁵ dans plusieurs publications (1845, 1853, 1856). Un de ses travaux, celui de 1853, est intitulé : « Sur le traitement chirurgical de certaines tumeurs considérées jusqu'ici comme au-dessus des ressources de l'art. » *Baker-Brown*⁶ en 1862, *Duncan*⁷ en 1867, *West*⁸ en 1870, *Marion Sims*⁹ en 1874 la pratiquèrent et la défendirent. Matthews Duncan faisait l'opération en deux temps : une fois la capsule du fibrome incisée, il attendait quelques jours et quand il pensait que les contractions utérines avaient produit, par la déhiscence de l'incision, l'ap-

parition de la tumeur devenue mobilisable grâce à la laxité des adhérences capsulaires et à leur infiltration, il procédait à l'énucléation. Mais cette opération fit éprouver, dans ce pays également, bien des revers pour les mêmes raisons. *Mannel*¹⁰ rapporte une statistique où, sur 47 cas d'énucléation vaginale, il y eut 17 morts. Aussi se passa-t-il une période où elle fut délaissée, et ce n'est que plus tard que de nouveaux essais furent tentés: *Goodel*¹¹, en 1883, rapporte 2 cas, dont l'un s'accompagna de perforation utérine sans qu'il y eut d'accident consécutif. Dans l'autre cas, *Goodel* incisa la tumeur qui siégeait sur la face postérieure de l'utérus à l'aide d'une scie afin de diminuer l'écoulement du sang: l'énucléation fut ensuite poursuivie au moyen des doigts et d'une sorte de curette plate. *Mundé*¹², en 1885, publie une observation de fibrome sessile intra-utérin avec tentative d'extirpation suivie de mort, et, en 1887, un cas heureux d'énucléation chez une vierge où l'opération fut particulièrement difficile à cause de l'étroitesse du vagin.

En *Allemagne*, *Langenbeck* et *Kiwisch* en 1874, la répandirent et eurent bientôt des partisans nombreux et convaincus: *Braun*¹³ (1874), *A. Martin*¹⁴ (1876), *Hegar* et *Kaltenbach*¹⁵, etc. En 1883, basant une statistique sur la pratique de *Braun*, de *Czerny*, de *Derveer*, de *Franck*, *Jakubasch*, *A. Martin*, *Thomas*, etc., et restreignant son enquête à une période antiseptique allant de 1873 à 1883, *Lomer*¹⁶ arrive à la proportion de 16 p. 100 de mortalité. La même année, 1883, *Mickulicz*¹⁷ publie ses résultats: il cite même l'observation d'un fibrome qui remontait jusqu'à l'ombilic, tandis que le fond utérin était surmonté lui-même d'une autre tumeur de la grosseur d'une orange; après s'être débarrassé de la plus grande partie du néoplasme, par des tractions continues, il provoqua l'inversion utérine et enleva alors le restant de la tumeur ainsi que le fibrome sous-péritonéal. La plaie qui en fut le résultat avait 10 centimètres de longueur: il la recousut et remit le fond à sa place normale; il draina et tamponna: la malade guérit. Cette conduite, bien que couronnée de succès, ne serait pas à imiter, elle est trop aléatoire. En 1884, *Schræder*¹⁸ expose ses idées au sujet de cette opération dans son traité. En 1885, *Gusserow*¹⁹ publie une statistique de l'opération d'*Amussat*, s'étendant depuis son origine jusqu'en 1877, et trouve 33 p. 100 de morts. La même année, *Chroback*²⁰ apporte ses résultats personnels. En 1890, *Ascher*²¹ (de Hambourg), sur une

courte statistique arrive à 10 p. 100 de léthalité; *Leopold*²² et *Braun*²³ à 0 p. 100.

En Suisse, *Liyocis*²⁴ soutient à Zurich, en 1878, une dissertation inaugurale sur cette intervention. Mais c'est surtout *Vulliet*²⁵ (de Genève) qui, à partir de 1885, s'occupe spécialement de ce traitement chirurgical des fibromes. Vulliet conseillait d'abord le toucher intra-utérin pour le diagnostic; il le combinait au palper abdominal pour les fibromes de la paroi antérieure, et au toucher rectal pour ceux de la paroi postérieure. Dans une étude importante sur : « Le traitement des fibro-myomes utérins intra-pariétaux de petites et de moyennes dimensions », il conseille pour les tumeurs intra-pariétales, ayant tendance à se développer vers la cavité utérine et qu'il appelle pour cette raison : fibromes centripètes par opposition aux fibromes centrifuges ou sous-péritonéaux, de faciliter leur migration vers le canal utérin par quelques séances d'électricité et par l'administration d'ergotine pendant plusieurs jours. Voici son manuel opératoire : il procédait à la dilatation de la cavité utérine par des éponges préparées ou par le système des « tentes » ou encore au moyen de sondes uréthrales ou des bougies graduées, après lesquelles il introduisait ensuite de petits tampons imbibés d'éther iodoformé qui ont la faculté de laisser l'utérus béant après leur ablation. La dilatation obtenue, il introduisait un doigt dans la cavité utérine, guidait sur lui un bistouri boutonné, et pratiquait une incision sur la capsule; il terminait par un lavage antiseptique et un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée renouvelé toutes les 48 heures; par ce tamponnement, il espérait, en outre, exciter la contraction utérine et sa puissance expulsive. Au bout de quelques semaines, si ce n'est plusieurs mois, le corps fibreux faisait saillie dans l'utérus, et il n'y avait plus qu'à compléter l'extradition spontanée en enlevant la tumeur comme un polype. Vulliet attribuait à la simple incision de la muqueuse utérine le pouvoir d'arrêter les hémorrhagies dès les premiers jours. Cette méthode était passible de graves reproches, et pour ne citer que les principaux : celui d'être d'une lenteur infinie, et celui d'exiger des manœuvres dont quelques-unes au moins étaient parfaitement inutiles. Quelquefois d'ailleurs, l'ablation incomplète donna lieu à des désastres.

En Angleterre, l'opération d'Amussat n'eut guère de retentissement. En 1885, à la Société anglaise de gynécologie, *Edis*,

*Aveling, Routh, Barnes, Bantock*²⁶ discutent sur l'opportunité de l'incision bilatérale du col pour enlever des fibromes : les uns se prononçant pour, les autres la repoussant comme étant inutile.

En *Italie*, *Brichetti*²⁷ (de Varèse), en 1881, publie un cas d'énucléation pour un très gros fibrome. *G. Inverardi*²⁸, en 1886, opère un myome interstitiel volumineux pour l'accès duquel il eut recours à des débridements multiples du col. Mais plus tard (1887), *Mancusi*²⁹ et *Morisani* se déclarent partisans du traitement des fibromes par la simple incision bilatérale du col qui, d'après eux, arrête le développement de ces tumeurs en supprimant l'apport sanguin par la section des vaisseaux, en tout cas en favorisant l'expulsion spontanée. Cette méthode de la discision, qui avait été déjà pratiquée par Nélaton, puis par Baker-Brown, n'est pas une véritable opération : ce n'est que le premier temps de l'intervention d'Amussat, et on peut lui reprocher sa temporisation.

En *Russie*, *A. J. Krassowski*³⁰ (1887) fait quelques tentatives, dont l'une au moins ne fut pas heureuse. *Swiecicki*³¹, la même année, publie un cas d'extraction d'un cysto-fibrome intra-pariétal, qui avait le volume d'une tête d'adulte.

Donc, un peu partout à l'étranger, l'opération d'Amussat était pratiquée, mais d'une façon isolée. En *France*, depuis 1860, on n'en avait plus entendu parler. *Broca*³², seulement, en 1869, dans son *Traité des tumeurs*, la rappelait, mais pour en signaler les dangers. Ce n'est qu'en 1875 qu'elle sortit de l'oubli, grâce à la thèse d'agrégation de notre maître *Pozzi*³³ : « Sur la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus. » Sept ans après, le 11 janvier 1882, *Dezanneau*³⁴ (d'Angers) communiqua à la Société de chirurgie de Paris cinq cas d'énucléation par la voie vaginale de fibromes intra-utérins non pédiculés. Dezanneau se servait de la chaîne d'écraseur pour enlever une partie de la tumeur et énucléait le reste avec le doigt introduit dans l'utérus et agissant à la façon d'un coin. Ce chirurgien arrivait à conclure que cette opération, à cause de sa gravité, n'était indiquée que lorsque l'existence était compromise par les hémorrhagies, la fétidité de l'écoulement, les phénomènes de compression. Il conseillait, les fibromes interstitiels ayant une tendance naturelle à l'énucléation, à opérer tard, car l'opération s'en trouvait d'autant plus facile. Il préconisait l'abaissement de l'utérus par l'application de la main d'un aide sur le fond de l'utérus à travers les parois abdominales.

Après l'opération il donnait de l'ergot de seigle pour éviter les hémorragies secondaires, et du sulfate de quinine et des injections phéniquées avec compresses phéniquées sur la vulve pour prévenir l'infection. Cette communication de Dezanneau provoqua une discussion à laquelle prirent part : *Desprès*, hostile à l'énucléation, *Trélat*, *Guéniot*, *Guyon*, *M. Sée*³⁵, s'attachant surtout à discuter sur l'écraseur, la torsion, l'inversion utérine, l'hémorrhagie et l'infection.

En 1884, *Pozzi*³⁶ communique à la Société de chirurgie un cas intéressant d'énucléation par la voie vaginale où il fit le débridement bicommissural du col et, pour avoir plus de place, une troisième section sur le col, au niveau de la lèvre antérieure. Dans cette observation, il ne s'agit pas à proprement parler d'un fibrome interstitiel, mais d'une tumeur sous-muqueuse plus ou moins pédiculée et adhérente sur toute sa périphérie à la paroi utérine : ce fut en réalité une énucléation de la cavité de l'utérus et non une énucléation pratiquée dans l'épaisseur de la paroi de la matrice.

*Rendu*³⁷ (de Lyon), en 1886, publia une observation d'énucléation après dilatation utérine par la méthode de Vulliet : ce chirurgien se servait encore de l'écraseur de Cintrat.

*Weiss*³⁸, en 1887, rapporte un cas d'énucléation de fibrome sessile implanté sur le fond de l'utérus et gros comme le poing. Comme l'avait fait antérieurement Pozzi, il pratiqua dans cette occasion des incisions multiples sur le col.

En 1889, *Duret*³⁹ (de Lille), et en 1894, *Levrat*⁴⁰ (de Lyon) publient de nouvelles observations d'énucléations.

DEUXIÈME PÉRIODE. *Origines* : 1874 (*Emmet*), 1883 (*Péan*).

Procédé de Péan.

Difficile lorsqu'elle s'adressait particulièrement à des fibromes hauts situés, tout à fait interstitiels ou de volume considérable, réalisée au moyen d'instruments compliqués, ayant déterminé de nombreux accidents mortels soit par perforation utérine, gangrène, septicémie, restant souvent inachevée, l'opération d'Amussat était venue trop tôt pour faire des preuves favorables, et, de plus, il lui manquait un élément complémentaire pour assurer sa parfaite

exécution dans les cas où elle pouvait être encore indiquée : le morcellement.

L'idée de diminuer le volume du fibrome par une fragmentation préalable qui put permettre son extraction à travers les voies génitales avait été émise depuis longtemps. Comme nous l'avons vu au chapitre des polypectomies, *Velpeau*, *Chassaignac*, *Lisfranc*, *Dupuytren*, *Depaul* avaient conseillé et pratiqué le morcellement pour les grosses tumeurs pédiculées, mais le mérite de son application première aux fibromes interstitiels semble appartenir au chirurgien américain *Emmet*⁴¹ qui, en 1874, décrit son opération sous le nom : *d'extraction des corps fibreux par traction*. Il procédait par traction, puis par morcellement et énucléation, mais ce chirurgien décrit sa technique d'une façon bien vague et bien incomplète. De même, après lui, quelques auteurs allemands, parmi lesquels Czerny, publièrent quelques cas isolés, mais sans donner la description nette d'un manuel opératoire méthodique.

*Péan*⁴², à partir de 1883, dans une série importante de publications, a décrit d'une manière très détaillée et très précise l'opération qui, depuis, porte son nom et où il érigeait les manœuvres du morcellement à la hauteur d'une véritable méthode. Aussi est-ce à ce chirurgien que revient surtout l'honneur d'avoir agrandi le champ d'action de l'opération primitive d'Amussat. Péan préconisait la myomectomie avec morcellement par voie vaginale pour des tumeurs très considérables : après dilatation ou incision bilatérale du col, il saisissait le fibrome avec des pinces spéciales qui, tout en permettant son extraction, favorisaient l'hémostase par angiotripsie. Péan énucléa par son procédé des tumeurs du volume d'une tête d'adulte. Dans une leçon clinique en 1886, il plaidait pour l'intervention hâtive et l'extraction des petits fibromes qu'il considérait comme facile et sans danger. En 1888, parut la thèse, et, en 1889, le traité important de son élève *Secheyron*⁴³ où se trouvent exposées toute sa technique et une statistique de 40 hystérotomies avec morcellement pour fibromes interstitiels, avec 3 morts.

La myomectomie vaginale par morcellement, l'opération de Péan se vulgarisèrent rapidement. En 1886, notre maître *Segond* opère un fibrome interstitiel du fond de l'utérus par ce procédé ; en 1888 il intervient encore pour un fibrome du fond de l'utérus gros comme le poing qui, pour être accessible, nécessita une hystérotomie cervico-vaginale unilatérale droite : ces deux observa-

tions sont consignées à la fin de notre travail (observ. I et II). En 1887, *Larivière*⁴⁴ publie un cas intéressant d'extraction par cette méthode d'un fibrome ayant le volume d'une tête de fœtus à terme : ce chirurgien fit un débridement unilatéral du col, le morcellement; et ensuite appliqua dans la cavité une éponge imbibée d'alcool pur : sa malade était guérie au bout de 10 jours.

En 1889, a lieu à la Société de chirurgie une discussion sur l'opération de Péan : *Terrillon*⁴⁵ rapporte 5 cas suivis de succès : il dilate d'abord l'utérus à la laminaire afin de faire le diagnostic ; pour ce qui est de l'opération, il fait l'incision bilatérale du col, puis le morcellement avec la pince à kyste de Nélaton et les ciseaux courbes ; dans un cas, il répéta cette manœuvre environ 200 fois ! *Bouilly*⁴⁵ cite également 5 opérations de ce genre qu'il pense être applicable aux tumeurs très fortement enclavées dans le muscle utérin. *Championnière*⁴⁵ raconte qu'il a fait, il y a longtemps, le morcellement pour un fibrome interstitiel chez une vierge de 43 ans chez laquelle cette opération présenta, de ce fait, une grande difficulté. *Segond*⁴⁵ se montre partisan du procédé de Péan, mais voudrait voir ses indications plus précisées, en tout cas plus limitées que ne les a données son maître dans la thèse de Secheyron : il réserve l'énucléation par morcellement aux cas de fibrome unique et ne remontant pas jusqu'à l'ombilic. Dans cette discussion, *Pozzi*⁴⁵ puis *Terrier*⁴⁵ citent des observations personnelles, mais sont plutôt portés en faveur de la laparotomie.

Mais à partir de cette époque, l'hystérectomie vaginale totale pour fibromes attire toute l'attention, puis ensuite ce sont les procédés par voie abdominale, aussi la myomectomie vaginale par morcellement avec conservation de l'utérus est pour ainsi dire éclipsée : l'opération de Péan rentre presque dans l'oubli, comme le fit jadis l'opération d'Amussat après les attaques de Jarjavay et de Guyon. Ce n'est qu'à de rares intervalles qu'on en publie quelques cas isolés. *Marchand*⁴⁶, par exemple, en 1893, rapporte à la Société de chirurgie une petite série de 9 cas avec 9 guérisons concernant des tumeurs variant de 60 à 650 grammes ; *Carle*⁴⁷ (de Turin) en 1894, au XI^e Congrès international de médecine tenu à Rome, dit avoir fait 11 énucléations avec morcellement avec autant de guérisons ; *J. M. Lwoff*⁴⁸, en 1897, se montre chaleureux défenseur des interventions gynécologiques conservatrices pour gros myomes interstitiels ; *Vallus et Piollet*⁴⁹, en 1899, rappor-

tent un fait de myomectomie par morcellement pour un fibrome enclavé dans le petit bassin qui avait déterminé une rétention d'urine presque complète; *Gilles* (de Londres), *Sinclair* (de Manchester), *Alexander*⁵⁰ (de Liverpool) en 1899, au III^e Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Amsterdam, se montrent enclins à restreindre le nombre des hystérectomies vaginales en faveur des myomectomies, et produisent les beaux résultats qu'ils ont obtenus par ces dernières interventions.

Procédé de P. Segond (1897-1900).

Nous mettons ce titre en vedette pour la clarté synoptique de cet exposé historique, mais non par désir immodéré d'établir des subdivisions multipliées, et non pas, surtout, avec la vaine prétention qu'ont eue certains auteurs à faire penser qu'avec l'avènement de leurs procédés opératoires, ou du moins de ceux qui leur sont chers, s'ouvrait une ère chirurgicale nouvelle. Il nous agréa d'être plus modeste, fut-ce pour notre excellent maître Segond; aussi nous attachons-nous à faire une mise au point exacte en expliquant en même temps que la filiation du nouveau procédé les différences qui le séparent des anciens, et en montrant sa participation à la renaissance contemporaine de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes.

L'opération d'Amussat (1840) avait pour but l'extirpation des fibromes sous-muqueux sessiles ou même interstitiels par dégagement périphérique, c'est-à-dire par incision capsulaire, puis par décortication: c'était une véritable exhumation en bloc du noyau fibreux enfoui dans le muscle utérin; il s'agissait donc d'un procédé par énucléation pure.

L'opération de Péan (1883) se proposait l'extirpation des fibromes interstitiels en les attaquant par des manœuvres de morcellement d'abord, puis en extrayant par énucléation leur masse réduite: ici point de vain et puéril souci de vouloir, à tout prix, respecter la forme impeccable d'un fibrome, comme avec mille précautions on chercherait à préserver un marbre précieux dans une fouille archéologique; ici, l'important est d'extraire, par les voies naturelles et avec le minimum de danger, des tumeurs de volume même considérable. Repousser de parti pris le morcellement quand

il est praticable nous paraît une cécité d'esprit chirurgical impermise.

L'opération de Segond (1897) utilise les principes fondamentaux des deux opérations précédentes : l'incision bicommissurale du col destinée à élargir la voie d'accès, l'énucléation, le morcellement. Sans attendre l'avis de ceux que hante surtout l'esprit critique, nous dirons que ce procédé n'apporte pas avec lui d'innovation absolue, mais il a le mérite d'être pratique, précis dans sa technique et ses indications, applicable souvent, d'avoir donné entre les mains de son auteur des résultats déjà nombreux, intéressants et durables. Si l'opération d'Amussat et celle de Péan sont tombées sinon dans le discrédit, du moins en désuétude, c'est qu'il leur manquait des conditions qui font la valeur et la vitalité d'un procédé, c'est-à-dire, en dehors des grandes lignes générales, le perfectionnement dans le détail, le soin des circonstances minimales et principalement la simplification des diverses manœuvres à exécuter.

Une *instrumentation nouvelle* pour cette intervention, mais réduite et simple ; la *section commissurale du col uni ou bilatérale pratiquée toujours à titre explorateur et poussée très loin dans ses limites*, selon les besoins d'accessibilité de la tumeur ; malgré cette discision cervicale profonde, la *non-préoccupation d'hémostase préventive des artères utérines* ; le *morcellement central par évidement conoïde* par une prise certaine et irrévocable grâce au tire-bouchon, sans application de pinces sur le tissu fibreux lui-même, comme la faisait Péan, sont, pour n'envisager que le côté opératoire pur, mettant pour le moment à part la question des indications et du traitement consécutif, autant d'éléments nouveaux pour constituer au procédé de notre maître Segond une réelle individualité.

Non seulement par le perfectionnement apporté au manuel opératoire, mais encore par les résultats acquis, consignés dans nos observations, Segond a donc plus que contribué à la réhabilitation de la très ancienne opération d'Amussat et plaidé pratiquement en faveur de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes par la voie vaginale.

Lorsque Péan eut préconisé, en 1883, sa méthode, quelques chirurgiens la pratiquèrent et parmi les premiers, il faut mentionner *Doléris* dont 7 opérations sont consignées dans le *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie* de Secheyron (la première date

même du 28 février 1884), et *Segond*⁵¹ qui est cité également par Secheyron. Nous rapportons ici deux observations de Segond, datant l'une de 1886 et l'autre de 1888. Au congrès de Washington, en 1887, Villa a fait une communication sur le mode opératoire de Doléris. Mais il ne s'agit là que de faits isolés et les deux observations de Segond lui-même concernent des cas opérés surtout d'après le procédé de Péan.

C'est à la séance du 4 mai 1900, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, que *Segond*⁵² fit sa première communication sur l'hystérotomie cervicale avec morcellement pour fibromes interstitiels et qu'il présenta un utérus enlevé secondairement par hystérectomie pour lésions annexielles, démontrant bien le retour de cet organe à l'intégrité après myomectomie vaginale selon son procédé. L'observation à laquelle il est fait allusion se trouve à la fin de notre travail (observ. XXIII). Dans cette même séance, *Doléris* se montre partisan de l'opération d'Amussat et souscrit à sa rénovation, *Schwartz* parle du procédé par hystérotomie médiane que nous exposerons plus loin, et *Pozzi*⁵³ formule quelques réserves sur les indications, restreintes d'après lui, de la myomectomie par hystérotomie bicervicale et par morcellement préalables.

En mai 1900, nous publions dans le *Medical chronicle* un petit article, avec une observation très intéressante empruntée à la pratique de notre maître Segond, que nous avons eu l'honneur d'assister sur « L'énucléation et le morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel de 400 grammes environ, développé dans la paroi antérieure de l'utérus, chez une femme antérieurement laparotomisée pour rupture de grossesse extra-utérine ». (Voir observ. XVIII.)

Le 6 juillet 1900, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, *Malartic*⁵⁵ présente, au nom de son maître *Doléris*, un utérus d'une femme hystérectomisée par l'abdomen. Cette pièce était intéressante parce que l'utérus était bourré de fibromes et que Doléris avait fait antérieurement une énucléation pour deux d'entre eux, à la suite de laquelle la malade n'avait eu aucun trouble depuis 10 ans. Cette pièce montrait bien que l'opération d'Amussat n'entravait nullement la vitalité de la matrice, ainsi que l'ont prétendu certains auteurs : elle confirme ce qu'avait déjà dit et prouvé Segond à la séance du 4 mai.

Au XIII^e Congrès international de médecine tenu à Paris, à la séance du 4 août 1900, consacrée à la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes, *Segond*⁵⁶, dans une très brillante communication, expose son procédé d'hystérotomie cervico-vaginale bilatérale, avec planches à l'appui reproduites dans ce travail.

Pozzi, qui prend ensuite la parole, pense que les indications de chirurgie conservatrice, en fait de fibromes, sont relativement restreintes, mais il est tout à fait inexact de dire, ainsi que l'a écrit *Longuet* dans ses comptes rendus parus dans le *Progrès médical*, que *Pozzi*, « dans sa dissertation, a réfuté pas à pas l'opinion de *Segond*, » et qu'à propos de chirurgie conservatrice, « *Pozzi*, exposé à rester seul, paraît dès aujourd'hui décidé à une conversion qui n'est d'ailleurs pas brusque. » Ce sont là allégations toutes fantaisistes de la part de *Longuet* dont les désirs dépassent vraiment trop les espérances.

Au même Congrès, à la séance du 8 août, à propos de l'hystérectomie abdominale totale, *Le Bec*⁵⁷ s'affirme partisan de la conservation de l'utérus dans certains cas, lorsque le fibrome est petit, et expose sa pratique de la myomectomie vaginale avec morcellement.

Notre collègue et ami *Fresson*, le 15 octobre 1900, dépose pour le concours de médaille d'or de chirurgie, un Mémoire sur le traitement chirurgical de l'inversion utérine. Dans ce mémoire des plus intéressants, est traitée d'une façon complète la question de l'inversion utérine post-opératoire après l'ablation des corps fibreux interstitiels par hystérotomie bicervicale transverse. *Fresson* donne 6 observations de ces cas appartenant à la pratique de notre maître commun, *Segond*. On retrouvera ici ces observations, dont quelques-unes nous sont personnelles, et que *Fresson* a pu utiliser comme siennes au point de vue particulier qu'il envisageait dans son remarquable Mémoire auquel nous prions de se reporter. C'est spécialement sur ces cas d'inversion utérine post-hystérotomique bicommissurale, considérée par lui comme éclairant la pathogénie mécanique de l'inversion utérine, que notre collègue s'appuie pour ériger un mode de traitement chirurgical de l'inversion utérine en général.

Enfin, *Dolérís* vient de publier, dans la « Gynécologie » du 15 décembre 1900, un article concernant plus spécialement la récurrence des fibromes après l'énucléation vaginale.

Dans le travail présent, nous donnons deux observations de notre maître datant : l'une de 1886, l'autre de 1888, que nous considérons comme atypiques; puis 22 observations représentant la pratique de Segond depuis 1897, époque à laquelle il inaugura systématiquement le manuel opératoire que nous allons décrire en détail; enfin une dernière observation que nous avons recueillie auprès de notre ami Baudron qui, avec notre assistance, opéra un fibrome interstitiel du volume d'une orange chez une vierge, par le procédé de Segond.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Bien entendu, nous n'allons pas décrire ici l'opération d'Amussat ni celle de Péan, qui ont surtout un intérêt historique sur lequel nous nous sommes suffisamment étendu au chapitre précédent.

C'est la technique de notre maître Segond, où se trouvent réhabilitées, rénovées, complétées et précisées les interventions de ses prédécesseurs, que nous voulons seulement exposer. Cette technique dont les indications sont bien posées, la marche à suivre bien établie, assure à cette manière opératoire la valeur d'un procédé pratique, méthodique et réalisable souvent.

Nous avons basé sa description : 1° Sur les observations de Segond, dont quelques-unes ont été rédigées par notre maître lui-même, un grand nombre prises, et toutes revisées et complétées par nous; 2° sur les détails que nous avons notés soigneusement au cours de notre assistance opératoire; 3° sur les dessins schématiques pris immédiatement après chaque intervention, soit par Segond, soit par nous, et représentant le volume comparatif, la disposition topographique des tumeurs enlevées par rapport à l'utérus lui-même, aux organes voisins, à la paroi abdominale, ainsi que les différentes manœuvres exécutées.

Préparation de la malade.

La malade sera purgée la veille et préparée comme si l'on devait pratiquer une hystérectomie vaginale, à laquelle on peut, du reste, être entraîné si la myomectomie simple est reconnue impraticable.

Les précautions d'antisepsie vagino-utérine sont pour beaucoup

dans le succès de l'intervention : elles ne devront pas être négligées. Cette désinfection des voies génitales pourra être faite la veille et devra naturellement être renouvelée au moment de l'opération.

On brossera et on savonnera le vagin avec soin, particulièrement dans les culs-de-sac vaginaux et au niveau du col. Le professeur Pinard⁵⁸ a beaucoup recommandé le savon à l'aniodol, qui est un désinfectant et un désodorisant des plus puissants. Mouren, Sedan, Platon, Coche⁵⁹, au dernier Congrès international de médecine, ont chaleureusement défendu cet antiseptique. Le savon à l'aniodol est couramment employé dans le service de Segond.

Les lavages et injections vaginales pré-opératoires seront faits avec des solutions de sublimé ou encore d'eau oxygénée très préconisée dans ces derniers temps, principalement par L.-Championnière⁶⁰, Platon⁶¹, Lejars⁶², dans son remarquable rapport sur les plaies infectées, au dernier Congrès international de médecine. Notre maître Segond est depuis longtemps partisan de l'eau oxygénée qu'il a vu utiliser en Amérique, où son usage est très répandu. On emploie les solutions d'eau oxygénée à 10 ou 12 volumes ; d'après Championnière, elles ont l'avantage d'imprégner totalement les tissus, contrairement au sublimé qui est annihilé au contact des substances albumineuses ; de plus, elles sont inoffensives et peu irritantes.

On pourra dilater, curetter, drainer et tamponner à l'avance la cavité utérine pour obtenir une désinfection complète. Mais ce n'est pas absolument nécessaire, et il vaut peut-être mieux épargner à la malade, souvent anémiée, une anesthésie supplémentaire, en tout cas une dilatation ou un curetage douloureux sur un utérus qui saigne de nouveau avec tant de facilité. Segond fait le curetage dès le début de l'opération. Du reste, le nettoyage complet de la cavité utérine, dans le cas de fibrome, est très souvent illusoire à cause de l'irrégularité acquise du canal utérin. La consultation des schémas, qui accompagnent nos observations, en donne la preuve manifeste.

Bien entendu, la vulve sera rasée, mais au niveau seulement des grandes lèvres : cela suffira.

Les jours qui précèdent l'opération et même immédiatement avant, si l'on se trouve en présence d'une femme fort affaiblie ou exsangue, non seulement pour remonter la malade, mais encore

pour pallier, dans une certaine mesure, à la perte de sang que comporte l'acte opératoire, on pourra soumettre la patiente à des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Ainsi procède Leopold ⁶³ dans ses hystérectomies vaginales pour fibromes ayant porté atteinte à l'état général : ce chirurgien attribue l'excellence de ses résultats à tous ces soins pré-opératoires. Quelques auteurs, Bertino ⁶⁴, E. Karchery ⁶⁵, entre autres, ont même essayé des injections sous-cutanées de gélatine avant les opérations, comme hémostase préventive. Mais c'est là, d'après Carnot ⁶⁶, une méthode encore mal réglée, dangereuse, et, d'après notre collègue, on recommanderait avec plus de raison l'ingestion ou l'injection de chlorure de calcium qui est plus simple, mieux connue et expose à moins de dangers : « le chlorure de calcium peut augmenter la coagulabilité du sang avant l'opération, rendre l'hémostase plus facile, et peut être utile lorsqu'il s'agit d'opérer certaines hémophiles. »

Instrumentation.

Il faudra avoir à sa disposition le nécessaire pour faire une hystérectomie vaginale au besoin. Nous n'allons pas énumérer tous les instruments que peut exiger la myomectomie, bien entendu, mais nous dirons quelques détails sur certains d'entre eux dont Segond fait particulièrement usage dans l'exécution de son procédé.

1° *Instruments pour limiter et soutenir le champ opératoire vaginal* : ce sont des valves qu'il est nécessaire d'avoir courtes et larges, courtes pour qu'elles n'empêchent pas, une fois placées, l'abaissement de l'utérus dans les tractions. Segond se sert, comme valve supérieure ou pubienne, d'un écarteur en forme d'S fig. 10 qu'il a fait construire par Colin et qui embrasse les contours de la région



FIG. 10. — Valve pubienne en S de P. Segond.

vulvo-pénilienne : il est plus commode à tenir par l'aide et s'échappe moins facilement du vagin ; l'on sait qu'entre les mains d'aides négligents ou fatigués les valves dérapent aisément. Les écarteurs longs et étroits de Péan seront utiles quelquefois, car ils peuvent

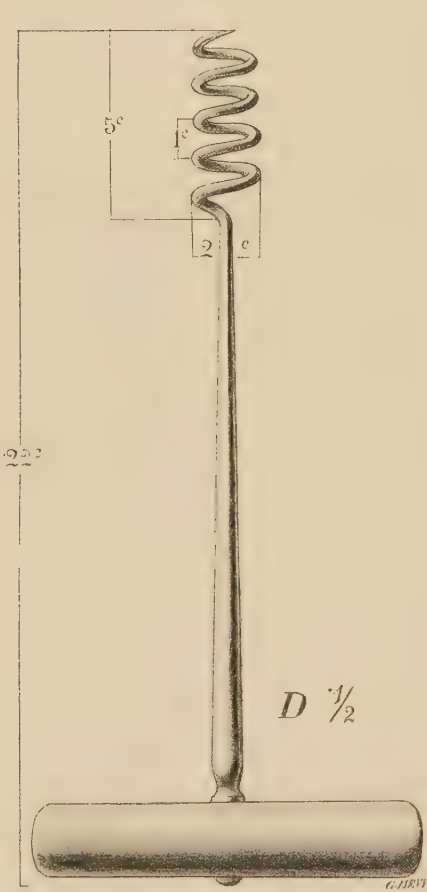


FIG. 11. — Tire-bouchon à larges spires de P. Segond.

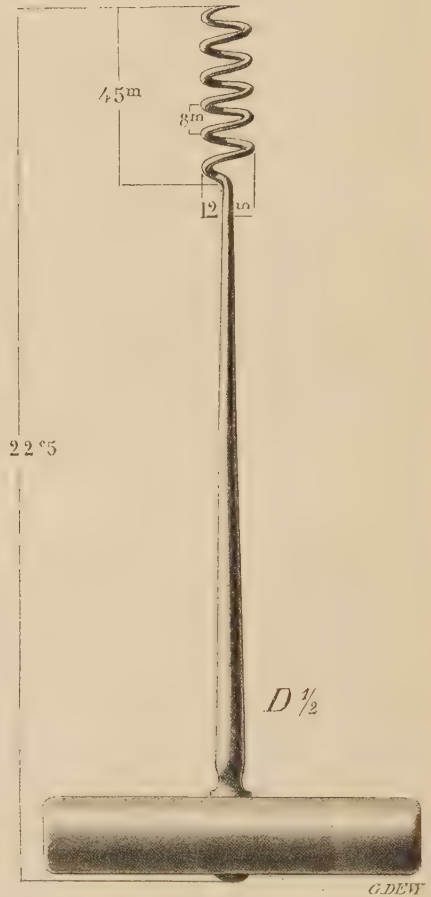


FIG. 12. — Tire-bouchon à spires étroites de P. Segond.

pénétrer dans la cavité utérine et faciliter quelques manœuvres, ainsi que nous le verrons.

2° *Instruments de préhension de la tumeur fibreuse* : en dehors des pinces de Museux, des grandes pinces en râteau, des pinces fenêtrées et dentées, il faut avoir un tire-bouchon : c'est l'instrument

de première nécessité. Évidemment Segond⁶⁷ se sert de son tire-bouchon ; on pourrait employer celui de Doyen, de Delagénère. On a discuté sur la priorité d'invention du tire-bouchon : d'après Secheyron (1889), Polk se servait de cet instrument pour exercer des tractions nécessaires ; Segond a vu un tire-bouchon de Sims qui date de 1851, à New-York, au Women's-Hospital. D'ailleurs le tire-bouchon n'était pas inconnu en chirurgie : Spanton⁶⁸ l'utilisait, il y a déjà bien longtemps, dans la cure radicale des hernies (voir fig. in Segond : thèse d'agrégation, 1883, et in Dartigues⁶⁹ : *Revue de Pozzi*, 1900, p. 713). Mais passons : l'essentiel est d'avoir sous la main, selon l'habitude de Segond, deux tire-bouchons de dimensions différentes : l'un à spires peu nombreuses mais larges, l'autre à spires plus étroites et multiples, se prêtant aux diverses circonstances d'accessibilité du fibrome à morceler (fig. 11).

3° *Instruments de section* : c'est d'abord le couteau à double tranchant de Segond, à long manche, à lame lancéolaire et courbée légèrement sur le plat, ce qui permet un mouvement de circumduction facile autour du tire-bouchon pris comme axe et ce qui favorise singulièrement la manœuvre d'évidement conoïde. Segond insiste sur la nécessité pour cet instrument (fig. 13) d'avoir un gros manche. Il est bon d'avoir également de très longs ciseaux courbes qui aideront parfois au morcellement et à ébarber les parois plus ou moins effilochées des loges fibreuses d'énucléation, dans certains cas.

4° *La table d'opération* : n'importe laquelle, pourvu qu'on puisse facilement tenir la malade en position dorso-sacrée ; Celle que

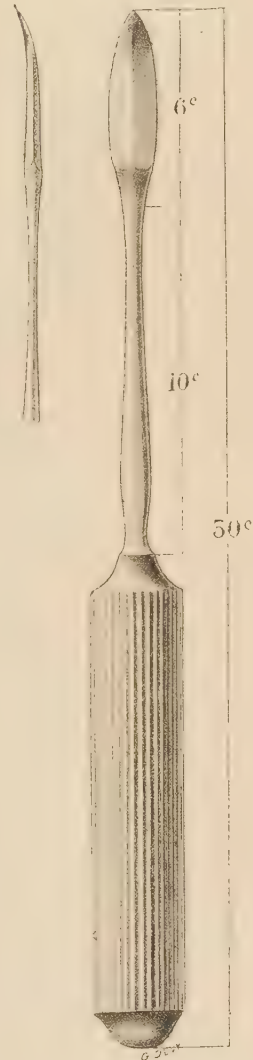


FIG. 13.
Couteau à double tranchant de P. Segond.

Second a rapportée d'Amérique est excellente et surtout commode par ses porte-jambes qui, en maintenant merveilleusement les

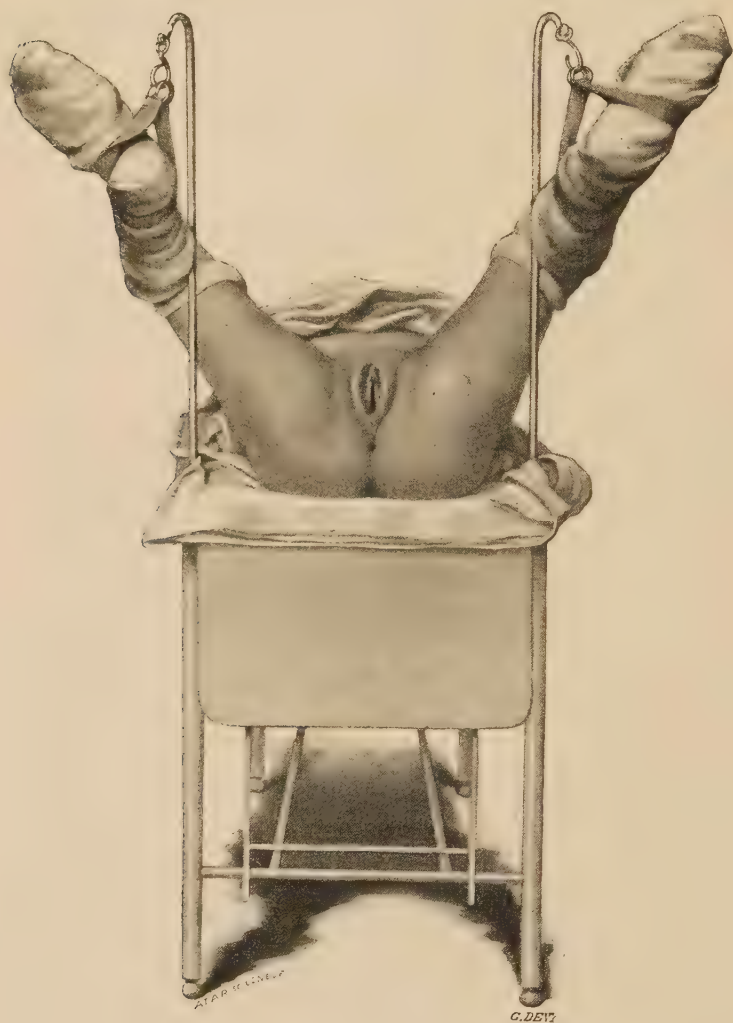


FIG. 14.

cuisses écartées, évitent toute compression et permettent des mouvements limités. C'est la table de Mac-Murtry, de Louisville (Kentucky) (voir fig. 14). Péan utilisait la position en décubitus latéral gauche ou position de Sims.

Anesthésie.

Nous ne dirons rien de bien spécial à ce sujet. Dans ses diverses opérations de myomectomie par hystérectomie cervico-vaginale bilatérale, Segond a fait administrer tantôt l'éther, tantôt le chloroforme, plus souvent ce dernier. Nous sommes persuadé que l'anesthésie chloroformique est la meilleure quand elle est réellement bien pratiquée. L'anesthésie cocaïnique par voie lombaire n'a pas été essayée par notre maître. Pour ce qui est des conditions pathologiques créées par l'état du cœur, du foie, des reins souvent touchés chez les fibromateuses, etc., nous renvoyons à ce que nous avons dit à la technique des opérations abdominales : elles ne constituent pas, en tout cas, des contre-indications absolues, mais imposent simplement la circonspection.

Technique opératoire.

Elle comprend plusieurs temps : 1° l'incision uni ou bilatérale du col; 2° l'exploration de la cavité utérine; 3° le morcellement du fibrome; 4° le traitement des loges fibreuses déshabitées et de la cavité utérine; 5° la suture du col.

La malade est placée en position dorso-sacrée : un aide se tient à sa droite pour soutenir la valve supérieure en S en s'appuyant sur le pubis : cette position est ainsi facile à garder longtemps sans fatigue et sans bouger ; un autre aide se tient à sa gauche pour la valve inférieure. Grâce au porte-jambes, ils n'ont à se préoccuper que de leurs écarteurs. Le champ opératoire étant ainsi bien mis à découvert, l'opérateur procède ou non au curettage. Nous avons déjà dit ce que nous en pensions : répétons que vu la disposition tourmentée du canal utérin déterminée par la présence du fibrome qui a bouleversé l'ordre anatomique primitif de l'utérus, ce curettage est très souvent illusoire, en tout cas la plupart du temps incomplet : nous n'en voulons pour preuve que l'observation XIX où, malgré un curettage préalable, on ne s'était pas douté que dans le fond de l'utérus existait un polype pédiculé. Cependant nous ne déconseillons pas le curage et l'écouvillonnage préliminaires du canal cervical qui déterge le col de ses sécrétions récentes, qui, raclant et hersant les replis, ouvre les kystes de Naboth et décongestionne cette partie de l'utérus. Après quelques coups de curette, au moyen d'une pince languette tenant enroulé autour de ses

mors un petit carré de gaze stérilisée trempée dans une solution de chlorure de zinc au dixième ou d'eau oxygénée, on ramène le canal cervical. C'est ainsi qu'on pourra faire des sections sur le col avec moins de chances d'infection. Si le curettage a ramené quelques débris douteux, il sera bon de les filtrer et de les garder pour un examen histologique : nous reviendrons du reste sur ce petit point de détail. Que l'on fasse ou non le curettage, on devra explorer la cavité utérine à l'hystéromètre, ce qui permettra de se rendre compte, non seulement de l'état topographique interne de l'utérus, de confirmer le siège exact du fibrome déterminé par le toucher bimanuel, mais, dans les cas incertains, de faire même le diagnostic; ainsi : quand il s'agit de noyaux fibreux peu volumineux faisant à peine saillie sous la muqueuse, de ces petits fibromes que notre maître Pozzi appelle à « type métritique ». On enfonce l'hystéromètre jusqu'à la profondeur qu'il peut atteindre, sans violence, bien entendu, puis ensuite on le ramène le long d'une paroi jusqu'à l'orifice externe, en appuyant un peu l'extrémité mousse de l'instrument : s'il y a un noyau fibreux sur le parcours, on sentira un ressaut caractéristique : absolument la même sensation que donne le cathétérisme explorateur dans les rétrécissements de l'urètre; on procédera de même pour chaque face et chaque bord de l'utérus : après une hystérométrie pratiquée méthodiquement de cette façon, on a bien des chances de ne pas laisser échapper l'existence d'un petit fibrome sous-muqueux sessile ou même interstitiel; mais ce qui renseigne surtout, c'est la combinaison de l'hystérométrie et du palper, et surtout la combinaison du palper et du toucher intra-utérin. Si l'on ne trouve rien, on pourra s'en tenir là, pratiquer un simple curettage pour traiter la métrite hémorrhagique et l'on évitera une bissection du col quelquefois inutile, bien qu'elle n'offre aucun danger.

1^{er} TEMPS. — Incision commissurale du col uni ou bilatérale.

Le col saisi sur chaque lèvre par une pince de Museux, abaissé et amené à la vulve, on le sectionne aux ciseaux au niveau d'une commissure jusqu'à l'isthme et au delà, en empiétant même, au besoin, sur presque toute la hauteur du bord latéral correspondant du corps. L'incision entame donc quelque peu l'insertion du cul-de-sac latéral du vagin ;

comprenant le col, l'insertion vaginale, le corps utérin, elle est plus qu'une cervicotomie commissurale : c'est une hysté-

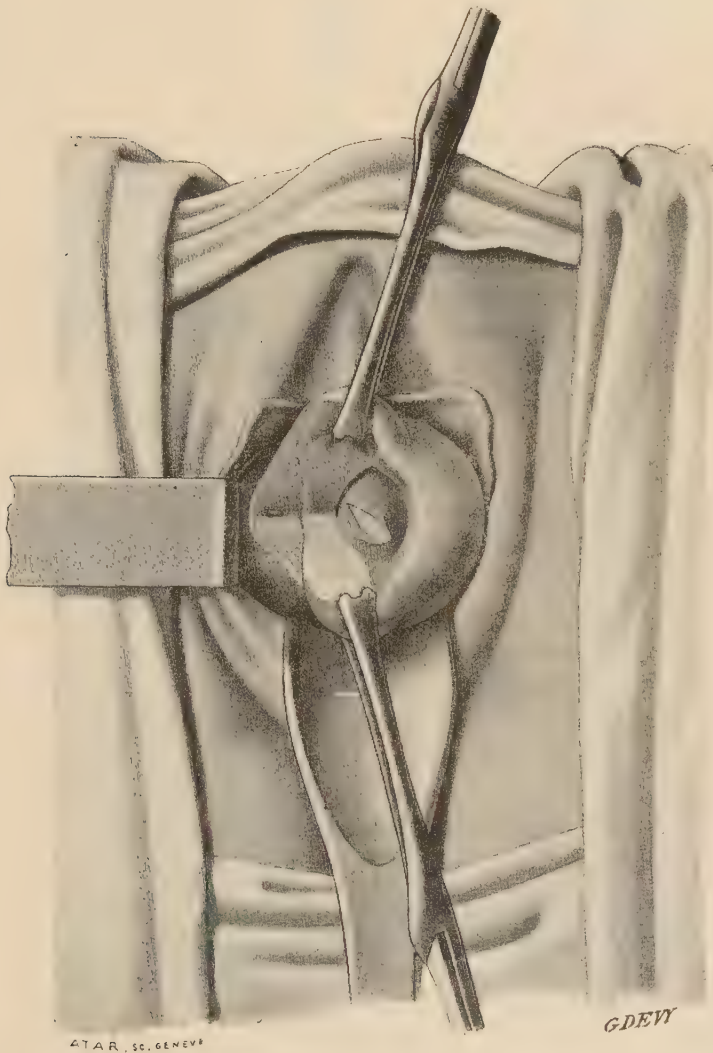


FIG. 15. — Hystérotomie cervico-vaginale (procédé de P. Segond).

Incision unilatérale : on aperçoit le fibrome revêtu de la muqueuse utérine ouverte par un coup d'angle.

rotomie cervico-vaginale donnant accès sur la partie interne de la base du ligament large. Unilatérale, elle a l'aspect

d'une entaille en coup de sabre largement béante : elle donne

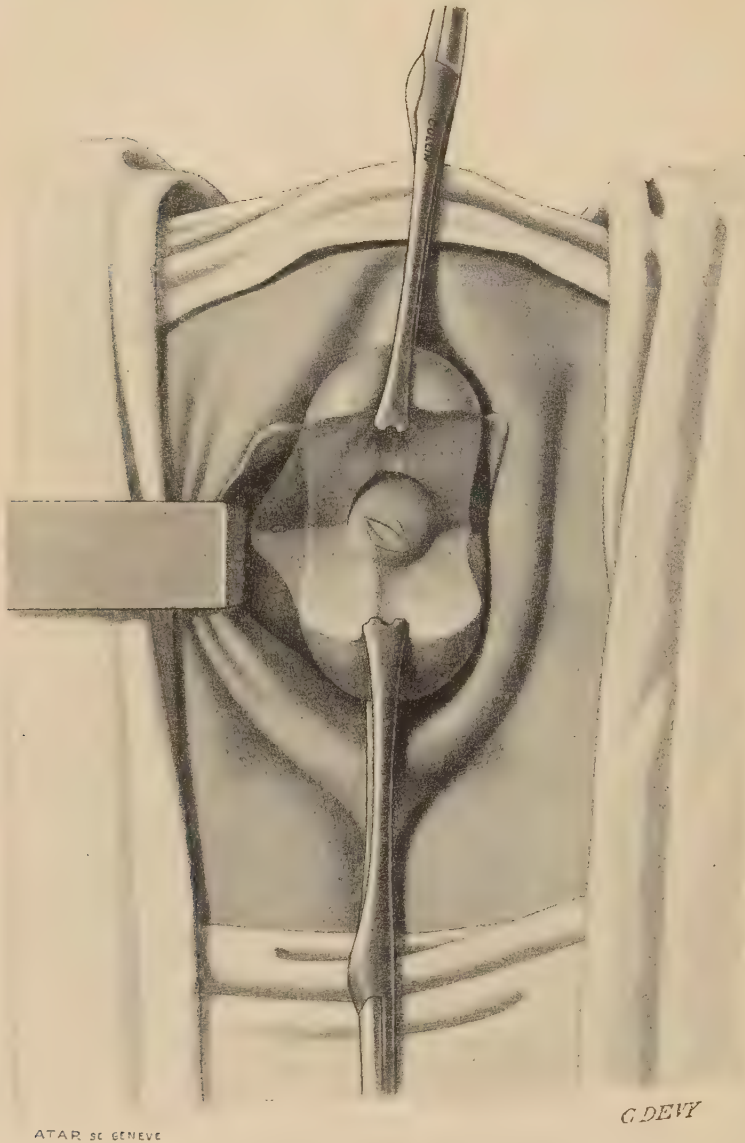


FIG. 16. — **Hystérotomie cervico-vaginale** (procédé de P. Segond).

Incision bilatérale : on aperçoit le fibrome revêtu de la muqueuse utérine ouverte par un coup d'ongle.

un jour considérable et peut suffire pour l'exécution des

manœuvres suivantes dans quelques cas. Bilatérale, elle donne au museau de tanche, fendu transversalement, l'aspect d'une « gueule de four », suivant la comparaison de Segond : elle fait tout le jour possible et désirable, et suffit pour tous les fibromes justiciables de cette intervention. Cette hystérotomie cervico-vaginale transversale divise l'utérus dans son segment inférieur en deux valves permettant l'intromission facile du doigt pour l'exploration, et des instruments pour l'opération : elle permet de sentir et de voir (fig. 15 et fig. 16).

Tel est, synthétisé, le 1^{er} temps. Précisons certains détails sur : 1° la préhension du col ; 2° le mode de la section hystérotomique ; 2° la profondeur de la section ; 4° la multiplicité des débridements cervicaux ; 5° les risques d'hémorrhagie de la section cervico-vaginale ; 6° les conditions commandant l'unilatéralité ou la bilatéralité de la section.

1° Préhension du col.

Elle doit se faire au moyen de pinces tire-balle ou de pinces de Museux, qui sont aisées à tenir, servent de point d'appui, et que l'on déplace surtout avec facilité : il nous paraîtrait superflu d'en tomber à ces conseils fort élémentaires, si quelques chirurgiens américains en particulier ne préféreraient passer un fil de soie à travers chaque lèvre cervicale pour exercer les tractions nécessaires : nous ne voyons pas du tout l'avantage de ces espèces d'amarres.

2° Modes de section hystérotomique.

Les lèvres bien écartées en haut et en bas par chaque pince, au moyen de forts ciseaux droits à extrémités mousses, dont une lame est introduite dans le canal utérin, l'autre dans le cul-de-sac correspondant, on fait une section nette du premier coup jusqu'à l'insertion vaginale que l'on intéresse aussi : la partie inférieure de l'utérus est réduite à deux valves et, dès ce moment, on peut souvent pénétrer avec le doigt dans la cavité utérine. Cette incision a été faite autrefois et peut se faire au bistouri ; quelques chirurgiens l'ont pratiquée (Monod⁷⁰) au thermocautère par crainte de l'hémorrhagie, crainte chimérique d'ailleurs, nous allons le voir. La section

aux ciseaux comprime en même temps qu'elle coupe : elle est donc supérieure au bistouri par lequel les tranches utérines saignent davantage ; de plus, elle est rapide, sûre et sans risque d'échappée.

3° *Profondeur de la section cervico-vaginale.* — Il faut noter tout d'abord, que l'hystérotomie concerne, ainsi qu'on peut le voir dans presque toutes nos observations, des cols sains (nous dirons pleins), non dilatés, ou du moins non effacés : dans le cas contraire, ce ne serait qu'un simple débridement. Un point intéressant est celui-ci : après discision uni ou bilatérale du col poussée jusqu'à l'isthme, il se peut, bien que l'accès soit déjà considérable, qu'il ne soit pas encore suffisant pour l'intromission facile du doigt : quand il en est ainsi, Segond poursuit l'incision non plus transversalement sur tout le bord utérin, mais plus en dedans vers le canal utérin qu'en dehors : ce débridement au niveau du détroit de l'isthme (pratiqué, toujours aux ciseaux, on le peut aussi au bistouri), rappelle l'uréthrotomie interne, il amène la section des fibres annulaires qui craquent à la façon des ligaments dans une désarticulation au moment de l'ouverture de l'interligne articulaire : on sent aussitôt un effondrement à travers lequel l'index peut s'engager et compléter l'agrandissement par divulsion : la brèche est ouverte large, béante, et l'on peut continuer l'opération sans délabrer davantage l'utérus. Nous avons représenté cette petite manœuvre dans la figure 17. Mais si, malgré ce subterfuge, on n'obtient pas la place désirable pour atteindre un fibrome très haut situé ou réfugié dans un des angles de l'utérus, on devra poursuivre l'incision latérale beaucoup plus haut : dans ce cas, elle peut avoir 4, 5, 6 centimètres et davantage de profondeur, s'approcher même de la corne utérine : on la réalisera sans crainte de blesser l'uretère ou de pénétrer dans le péritoine ; en somme, l'interstice du bord interne du ligament large est ouvert dans une grande partie de sa hauteur sur la cavité utérine. Il n'y a point là péril à la demeure : nous n'avons qu'à rappeler ces cas d'éclatement longitudinal de l'utérus au niveau de l'un de ses bords à la suite de la dilatation progressive au moyen de bougies de Hegar, par exemple (comme nous en avons vu un cas), et qui n'ont pas été suivis d'accidents, la fissure étant extra-péritonéale, pour montrer que la section du bord utérin, voulue, dirigée, n'offre pas le danger qu'on pourrait croire. Dans une de nos observations (obs. X) ne percevant d'abord

rien, ce ne fut que par une hystérotomie bilatérale poussée très avant qu'on put explorer les angles et les cornes de l'utérus où l'on finit par trouver deux fibromes, l'un à droite gros comme une noix, l'autre à gauche ayant pourtant le volume d'une mandarine. Dans

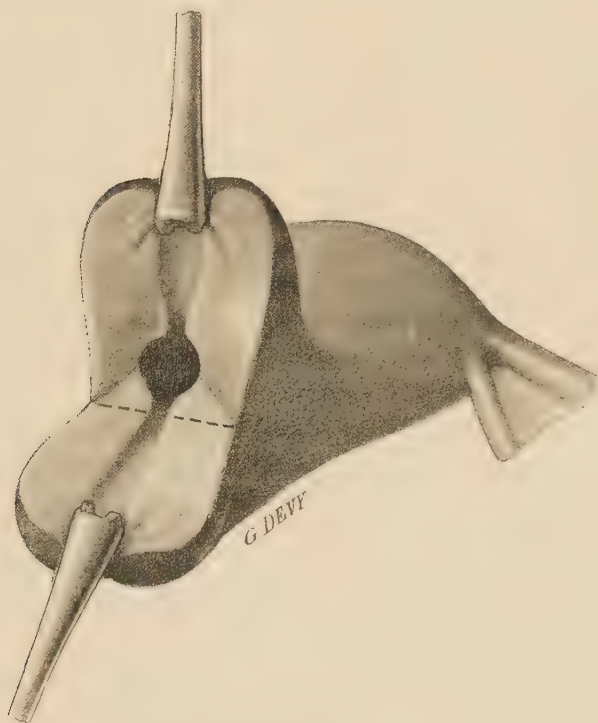


FIG. 17. — Hystérotomie cervico-vaginale (procédé de P. Segond).

Figure montrant un utérus isolé sur lequel on a fait une incision bicommissurale et destinée à montrer que la section porte davantage du côté de la cavité utérine que du côté extérieur de telle sorte qu'on obtient un agrandissement plus considérable avec un moindre traumatisme.

d'autres circonstances, l'hystérotomie cervicale n'est pas praticable d'emblée : ainsi quand on a affaire (observ. XXII) à un fibrome du ligament large bombant très fortement dans le cul-de-sac vaginal latéral correspondant et que l'on peut prendre pour un polype ; après l'ablation du fibrome, on s'aperçoit qu'on a fait, non une polypectomie, mais une énucléation avec morcellement qui laisse dans la base du ligament large une loge déshabitée, une sorte de cupule cruentée tandis qu'à côté on constate une autre masse considérée comme un autre fibrome et qui n'est que l'utérus : pour

s'en assurer, on prolonge la colpotomie latérale résultant de l'extirpation du fibrome, en dedans, par une hystérotomie unilatérale qui permet au doigt de pénétrer dans le canal utérin et de l'explorer. Dans le cas auquel nous faisons allusion, on s'aperçut ainsi, que ce que l'on croyait être une deuxième masse fibreuse n'était que l'utérus accolé : il s'agissait d'un fibrome interstitiel du bord latéral droit, inclus dans la base du ligament large et se développant vers le vagin en une masse arrondie volumineuse qui passant sous la voûte vaginale avait totalement éclipsé le museau de tanche dont l'orifice était pourtant libre. Ce schéma qui accompagne l'observation fera bien comprendre ce fait exceptionnel et curieux. Cette observation est intéressante également en ce sens que malgré la vaste brèche pratiquée dans la base du ligament large, l'uretère n'a pas été intéressé, ni le péritoine perforé.

En résumé, on voit qu'au point de vue de la section hystérotomique, il y a plusieurs degrés que l'on est appelé à franchir successivement suivant les nécessités des cas particuliers : 1° la simple section commissurale jusqu'à l'isthme ; 2° la section cervico-vaginale ; 3° l'isthmo-cervicotomie interne ; 4° l'hystérotomie latéro-corporéale ; 5° la colpotomie latérale large pratiquée en même temps que l'hystérotomie.

Ainsi, avec l'hystérotomie cervico-vaginale, surtout bilatérale, le chemin est largement ouvert à toute exploration, le champ de manœuvre est suffisamment étendu pour l'attaque de tout fibrome myomectomisable par le vagin. Longuet dans son compte rendu sur la question de la chirurgie conservatrice dans les fibromes, traitée au dernier Congrès international de médecine tenu à Paris (août 1900), dit malencontreusement que : « Segond trouve à l'hystérotomie l'avantage d'avoir l'aspect d'une gueule de four. » Cet auteur semble ne pas distinguer l'effet de la cause : l'hystérotomie peut arriver sans doute à donner au museau de tanche cette apparence inesthétique, pourtant son avantage, est-il besoin de le dire, ne réside pas dans l'aspect que prend l'utérus, ce qui nous importe peu en l'espèce, mais dans la très large voie d'accès qu'elle réalise.

4° *La multiplicité des débridements cervicaux.* — Il n'y a pas très longtemps, quand on se trouvait en présence d'un fibrome que l'on tentait d'énucléer, mais qui était un peu haut situé, implanté par exemple sur le fond de l'utérus, on cherchait à l'atteindre par

des débridements multiples du col, sur les côtés, en avant ou en arrière, ainsi ont procédé Chroback et bien d'autres après lui.

Dans un cas, Pozzi compléta la section bilatérale par une nouvelle section de la lèvre antérieure du col. Nous verrons plus loin que certains chirurgiens ont érigé la section hystérotomique médiane en méthode. Il est certain qu'au moyen de l'hystérotomie bilatérale poussée dans les limites que nous avons dites, on peut aborder tout fibrome interstitiel sans hacher le col comme on l'a fait souvent et lui donner un aspect de constellation traumatique peu brillant.

5° *Les risques d'hémorrhagie par section hystérotomique latérale haute.* — Ils sont à peu près nuls. Sur 25 observations, nous n'avons eu aucun accident à déplorer. Quand on pratique l'hystérotomie latérale en se tenant près de l'utérus sans aller faire une incursion maladroite dans l'épaisseur du ligament large, on ne court aucun danger. Lorsque la section est hémorrhagique, c'est que le muscle utérin est congestionné, apoplectique, ce qui n'est pas rare dans le cas de fibrome, ou bien qu'on a intéressé non pas l'utérine, mais des branches collatérales (observ. XVIII). Cette section cervico-vaginale peut se faire avec une telle sécurité, que dans un cas (observ. XXI) nous vîmes, une fois le fibrome mis à jour, l'anse de l'utérine très visible, pouvant être saisie entre le pouce et l'index et qui n'avait pas été blessée. Nous avons dit que nous n'avions pas observé d'accident *grave*, mais en scrutant nos 25 cas, nous voyons qu'il y en a 7 où l'on a eu à se préoccuper de l'hémostase; or elle a été des plus faciles à pratiquer au moyen de longues pinces de Kocher, du modèle de Segond, appliquées dans l'angle dièdre de section de l'utérus ou sur une artériole aperçue : une fois placées, on a pu continuer l'opération sans crainte du sang. Deux fois seulement on fut obligé de laisser une ou deux pinces languettes à demeure pendant 24 ou 48 heures comme après une hystérectomie; jamais il ne fut fait de ligature : l'hémorrhagie s'est arrêtée spontanément ou par suture du col; bien plus, sur ces 7 observations où l'on eut à compter avec le sang, on ne fit la suture des sections hystérotomiques que deux fois. Une seule fois (observ. XXII), l'hémorrhagie se produisit après l'intervention, aussitôt que la malade fut rapportée dans son lit, et l'on en eut raison avec un simple tamponnement sans pince. Encore un détail : une artériole peut

être sectionnée; en abaissant fortement l'utérus, en pratiquant le morcellement, la masse utéro-fibreuse entraînée à la vulve, bouche hermétiquement celle-ci et l'on ne se doute pas qu'une hémorrhagie se fait derrière : on ne s'en aperçoit que lorsqu'on réduit la matrice, délivrée de son fibrome; il se peut, du reste, que la petite artère ouverte saigne lorsque cesse la traction sur la tumeur, c'est alors insignifiant : ce petit fait de l'hémorrhagie se manifestant à l'instant où on laisse les organes revenir à leur place est bien connu en chirurgie générale.

En résumé, en se basant sur l'ensemble des opérations de Segond, voici les conclusions qu'imposent les chiffres : sur 25 cas, 18 n'ont pour ainsi dire pas donné de sang; 7 ont occasionné une hémorrhagie d'abondance variable toujours maîtrisée facilement, et sur ces 7 cas l'hémostase définitive a été obtenue : 2 fois par la pince à demeure, 2 fois par la suture cervicale, 3 fois spontanément sans suture du col. Sur 25 observations, aucune mort; une seule fois, hémorrhagie post-opératoire qui cessa avec le renouvellement immédiat du pansement.

Sans manier le paradoxe, nous pouvons dire que l'énucléation avec ou sans morcellement par hystérotomie uni ou bicervico-vaginale est l'opération la moins sanglante, au sens exact du mot, de la gynécologie. Quelle est en effet, l'opération, si simple qu'elle soit, qui sur 25 fois qu'elle est pratiquée, peut se passer 18 fois de toute hémostase, avant, pendant ou après? Et si une hémorrhagie post-opératoire se déclare, quelle est l'opération où elle sera le plus commode à arrêter sans danger? Ce n'est certainement pas la laparotomie ni l'hystérectomie vaginale qui exigent, lorsque l'accident se produit, trop souvent une intervention itérative! Étant de garde, nous avons plusieurs fois fait de ces laparotomies secondaires, ou de ces pincements de ligament large après hystérectomie vaginale, si dangereux quelquefois, à cause de l'intestin : une fois nous fûmes le troisième à pratiquer une troisième laparotomie sur la même malade pour la même raison d'hémorrhagie : la malade eut le bonheur d'en revenir. Après une myomectomie vaginale par hystérotomie, sans être très versé dans la pratique vaginale, quelqu'un, laissé de garde, pourra immédiatement faire cesser l'hémorrhagie pourvu qu'il ait à sa disposition des mèches aseptiques et une simple pince.

Segond⁷¹, dans sa communication du 4 mai 1900, à la Société

d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, a insisté sur ce peu de danger de l'hémorrhagie; il en a parlé également au Congrès international (août 1900), bien que Longuet⁷² ait écrit le contraire sans aucune preuve sérieuse à l'appui (voir *Comptes rendus* dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, par Hartmann, t. LIV, p. 311).

Au point de vue de l'hémorrhagie, cette opération peut être considérée comme presque absolument bénigne. Pour ceux qui s'en laissent imposer par le nombre, nous n'avons qu'à rappeler cette époque de chirurgie encore amorphe où l'on pratiquait en grand la discision bilatérale du col pour les fibromes sous-muqueux ou interstitiels et où, malgré l'absence de toute asepsie, la longueur d'un traitement interminable, on n'avait pas à regretter beaucoup d'accidents, hémorrhagiques du moins. Ainsi, Mancusi⁷³ et Morisani rapportent une statistique de 300 cas d'incision bilatérale avec 2 morts seulement et ils ne disent pas que c'est par hémorrhagie.

Il est vrai de dire que ces incisions, pour ainsi parler, obstétricales puisqu'elles étaient pratiquées par des accoucheurs plutôt que par des gynécologues qui désiraient, par ce moyen, faire accoucher spontanément les fibromes, ne sont pas tout à fait comparables aux sections hystérotomiques latérales profondes et hardies sans péril, pratiquées dans l'opération que nous décrivons.

6° *Les conditions commandant l'unilatéralité ou la bilatéralité de la section hystérotomique.* — Ces conditions sont les variétés topographiques des fibromes et le volume de ces tumeurs.

Assez fréquemment, on pourra se contenter de l'hystérotomie cervico-vaginale unilatérale. On fera bien même de commencer l'intervention avec la pensée de ne pratiquer que juste le nécessaire en se guidant sur le siège du fibrome, et cependant de ne pas hésiter, s'il le faut, à faire la section bilatérale. Lorsqu'on a affaire à un fibrome interstitiel compris dans l'épaisseur d'un bord utérin ou développé vers le ligament large, ou inclus dans une des parois antérieure ou postérieure, mais en même temps rapproché du bord de la matrice, ou encore situé dans une des cornes utérines, on fera la section unilatérale, qui, dans ces cas particuliers, peut suffire, comme nous le montrent nos observations. Sur 25 opé-

rations, 6 fois la section fut faite d'un seul côté de l'utérus, c'est-à-dire dans un quart des cas environ. On peut en conclure que la myomectomie par le procédé de Segond en est allégée d'autant au point de vue du facteur hémorrhagique et au point de vue de la durée de l'intervention, simplifiée, de cette sorte, autant qu'elle peut l'être.

Il ne faut pas croire que le volume des fibromes nécessite une ouverture proportionnelle toujours de l'utérus, que la section unilatérale s'adresse aux petites tumeurs, et que l'hystérotomie bilatérale convient aux grosses. Dans les 6 cas d'hystérotomie unilatérale que nous possédons, il s'est agi de néoplasmes qui avaient les dimensions d'une orange, d'un poing, des deux poings même : l'un pesait 850 grammes. Le nombre des fibromes ne fait rien à l'affaire et, dans certaines observations, nous voyons que par la section latérale unique on a pu extraire deux fibromes volumineux. Alors qu'un gros fibrome pourra être extirpé par l'hystérotomie unilatérale, un noyau fibreux peu considérable exigera la section bilatérale. Donc, si l'on peut tracer quelques indications générales pour la conduite à suivre au point de vue de ce premier temps du procédé, l'on se rend bien compte que l'on doit, avant tout, se plier aux diverses circonstances qui se présentent sans suivre servilement la méthode dans ses ultimes détails : un procédé ne peut être qu'un schéma opératoire.

Dans nos observations, nous relevons la fréquence topographique suivante des tumeurs fibreuses. Segond eut affaire dans 9 cas à des fibromes de la paroi postérieure, dans 6 cas à des fibromes de la paroi antérieure, dans 6 autres cas à des fibromes latéraux, dans 3 cas à des fibromes du fond de l'utérus, dans 1 cas à des fibromes des cornes utérines. Trois fois il s'agissait de fibromes doubles.

Terminons ce qui a rapport au premier temps, en rappelant que Péan pratiquait, avant la section bilatérale, la libération circulaire au bistouri des insertions vaginales du col devenu ainsi mobile et libre comme un battant de cloche : il prenait soin de ne pas blesser le péritoine. Par le procédé de Segond, on évite donc ce temps opératoire inutile, hémorrhagique et exposant à ouvrir la séreuse.

2^e TEMPS. — Exploration de la cavité utérine.

Par le large accès donné par l'hystérotomie cervico-vaginale latérale, on explore l'utérus : quelquefois la tumeur, bombant à travers l'utérus bivalve, vient s'offrir à la vue, il n'est guère alors possible et utile d'explorer davantage : on n'a qu'à commencer immédiatement le morcellement ; le plus souvent on peut introduire l'index tout entier que l'on promènera sur les faces, les bords, les angles de la cavité utérine, et l'on se rendra compte de cette façon du siège exact du fibrome, du point où il est le plus aisément accessible, de son volume, de sa consistance, de la place où il y aura avantage à pratiquer la première implantation du tire-bouchon. Cette investigation méthodique sera facilitée en pratiquant l'abaissement de l'utérus par la traction sur les pinces appliquées sur les lèvres du col et surtout par le toucher bimanuel abdomino-intra-utérin : une main à l'hypogastre abaissant le fond utérin, un doigt ou même deux dans la cavité utérine.

Tel est le résumé, le 2^e temps. Reprenons quelques points en détail : 1^o le cas du fibrome qui se présente de lui-même après la discision ; 2^o le cas du fibrome qui demande à être recherché et exploré tout d'abord ; 3^o le toucher bimanuel.

1^o Le fibrome se présente de lui-même après la discision.

Alors la tumeur s'offre sous l'aspect d'une saillie hémisphérique occupant le plus souvent toute l'aire d'ouverture utérine, mais l'on peut insinuer un doigt ou un hystéromètre pour se rendre compte de la situation du canal utérin : le fibrome se distingue des parois utérines voisines grâce à son apparence blanchâtre, en tout cas moins rouge ou violacée, surtout à sa consistance plus dense ; il sera difficilement confondu avec un léger degré d'inversion ; du reste, une incision à l'ongle ou au bistouri fera arriver rapidement sur le tissu résistant du fibrome.

2^o Le fibrome demande à être recherché par le toucher digital profond.

C'est principalement quand il s'agit des fibromes du fond ou

des angles de l'utérus. L'hystérotomie unilatérale, dans le cas où elle ne suffirait pas pour procéder au morcellement, est presque toujours suffisante pour cette exploration que l'on peut faire des plus complètes. D'après la lecture des observations, on peut voir que, le plus souvent, cet examen intra-utérin a corroboré le diagnostic posé par l'examen clinique. Mais sa valeur réside dans l'idée exacte qu'il donne sur le point d'attaque de la tumeur. L'hystérotomie cervicale a permis ainsi de se rendre compte du contenu fibreux d'un utérus qu'un cathétérisme et un curettage même n'avaient pu déceler (observ. XX), de faire le diagnostic de deux fibromes des cornes utérines que le toucher digital simple, sans section hystérotomique profonde, n'avait pu révéler (observ. XI). Nous pourrions citer d'autres exemples. Cette exploration intra-utérine faite l'opération commencée, est précieuse; car, permettant de voir, de toucher dans les meilleures et les plus complètes conditions, elle décidera, à ce moment seulement, si définitivement on peut tenter la conservation de l'utérus, l'extirpation du seul fibrome, ou bien s'il faut se résoudre à l'hystérectomie vaginale totale. Dans certains cas même, elle pourra se rendre un compte plus exact des lésions salpingiennes concomitantes possible, ou faire affirmer si ce qu'on avait pris comme telles n'était pas tout simplement un fibrome accolé à l'utérus ou inversement. Nous reviendrons sur ce point. L'élargissement de l'utérus est tellement considérable, réalisé par l'hystérotomie, qu'on peut introduire dans sa cavité un écarteur de Péan qui, soulevant une des parois utérines, produit une béance énorme, permettant de bien avoir sous les yeux un fibrome faisant plus ou moins relief sur la paroi opposée; un écartement du canal utérin à la manière de l'écartement du vagin par les valves est donc parfois possible et alors très utile.

3° *Le toucher bimanuel.*

Le plus souvent le toucher abdomino-intra-utérin suffit, principalement quand il s'agit de fibromes antérieurs, latéraux ou du fond. Mais quand on se trouvera en présence de fibromes de la paroi postérieure, le toucher bidigital recto-intra-utérin pourra être utile, comme autrefois Polk et Terrillon le préconisaient, à un titre supérieur au toucher vaginal, dans les salpingo-ovarites. Mais ce toucher rectal est un moyen de nécessité, car il est évident

que le doigt envoyé en reconnaissance dans cette voie inaccoutumée, s'il est de retour avec des notions topographiques estimables, n'en revient pas moins chargé d'une puissance de contamination fâcheuse. Si l'on en est réduit à cette extrémité, on devra prendre de grandes précautions, revêtir l'index d'un gant caoutchouté, et l'examen fait, ne continuer l'opération qu'après une nouvelle toilette minutieuse des mains. Doléris⁷⁴ recommandait, dès 1888, pour l'exploration intra-utérine des fibromes, de procéder à une dilatation accentuée de l'utérus par des éponges préparées, qui agit de telle sorte que la souplesse du muscle utérin intact contraste nettement avec la consistance des noyaux fibreux. Cette manœuvre ingénieuse n'a plus aucune raison d'être avec la section hystérotomique profonde : du moment que le doigt peut se mouvoir à son aise dans la cavité utérine, et qu'une main à l'hypogastre maintient et abaisse l'utérus, à moins de fibrome mou, on distinguera toujours ce qui est le tissu induré du néoplasme du tissu musculo-utérin. Une recommandation : dans ce temps d'exploration de la cavité utérine, il est bon d'ôter les valves vaginales pour un instant, car elles gênent et froissent la main de l'opérateur, et, serties pour ainsi dire dans le cul-de-sac antérieur et postérieur, elles empêchent l'utérus de descendre à la vulve.

3^e TEMPS. — **Morcellement du fibrome.**

La cavité utérine étant explorée, l'index placé sur la partie la plus saillante ou la plus accessible du fibrome, avec l'ongle simplement, on cherche, pour arriver sur le tissu propre de la tumeur, à déchirer la muqueuse, à effondrer la coque péri-fibreuse, en dissociant les fibres musculaires ; si le fibrome est visible d'emblée, on pourra faire ce débridement de la capsule au bistouri. La déhiscence de la coque étant ainsi obtenue, on décortique avec l'extrémité du doigt, dans une certaine étendue et dans la mesure des limites possibles, le fibrome qui fait ainsi hernie, reconnaissable facilement à son aspect blanchâtre, à travers les lèvres retroussées de la plaie musculo-muqueuse.

On a, de cette façon, une aire de fibrome dégagé où l'application du tire-bouchon est directe. On enfonce celui-ci

de quelques tours et quand on sent bien la tumeur en main par l'intermédiaire de cet instrument, on continue la décoration et l'on procède à l'énucléation pure et simple si le fibrome est petit, on commence immédiatement le morcellement dans le cas contraire.

Celui-ci est simple, net et large : c'est le morcellement par évidemment conoïde en plein fibrome avec les spires du tire-bouchon comme axe et point d'appui ; il permet d'enlever méthodiquement, presque géométriquement de gros morceaux. Le tire-bouchon est enfoncé suffisamment pour tenir bon, mais pas trop pour permettre l'évolution du couteau, et tenu de la main gauche qui tire sur lui sans violence : il ne dérape pour ainsi dire jamais. Avec la main droite, armée du couteau à long manche, à lame lancéolaire légèrement recourbée et bitranchante de Segond, on plonge franchement cet instrument dans le tissu fibreux et un peu obliquement vers la pointe du tire-bouchon jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'être au-dessus d'elle : alors seulement, par des mouvements légers de va-et-vient, on décrit une sorte de volute, de circumduction qui ramène le couteau à son point de départ. Le tire-bouchon cède sous l'effort d'une petite traction : il a entraîné avec lui un fragment conique du fibrome. On continue la même manœuvre plusieurs fois, autant qu'il est nécessaire pour diminuer le volume de la tumeur. Pendant tout ce travail morcellaire, l'utérus peut s'abaisser suffisamment, ses deux lèvres écartées par les pinces de Museux servent de valves et on peut se passer de celles-ci, au moins d'une : la supérieure ; la valve inférieure est nécessaire le plus souvent, car elle contient le périnée qui, dans certains cas, tend à se redresser lorsque la fourchette vulvaire est bien sanglée et n'a pas été évasée par des accouchements antérieurs.

Quand le morcellement est assez avancé, qu'il a creusé pour ainsi parler une fondrière, une carrière dans le fibrome, quand le plan de clivage capsulaire est trouvé, on peut intro-

duire les écarteurs unicoudés de Péan dans l'utérus lui-même : ils écartent fort bien et protègent les parois utérines, insinués qu'ils sont entre ces dernières et le restant du fibrome devenu ainsi plus accessible au doigt et à l'œil. Mais ils ne sont pas toujours nécessaires et ne doivent être employés

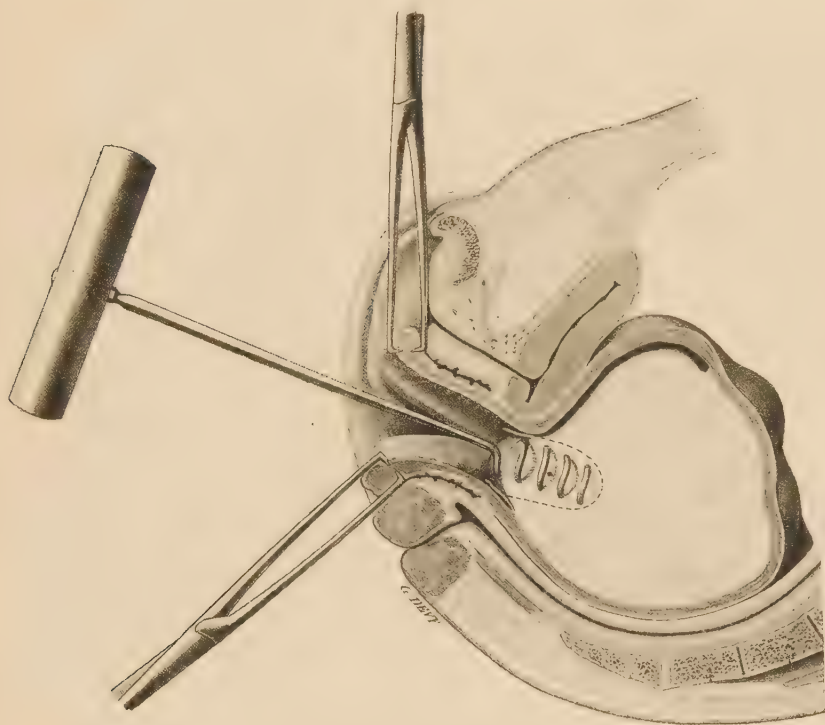


FIG. 18. — Hystérotomie cervico-vaginale (procédé de P. Segond).

Implantation du tire-bouchon dans le fibrome. Le pointillé indique l'endroit où passera le couteau qui détachera ainsi une sorte de cône fibreux.

que dans certains cas particuliers. Les derniers morceaux de l'évidement sont les plus gros, ce qui se comprend ; car le fibrome, une fois réduit de volume, permet au doigt une action plus efficace et une possibilité plus grande de trouver le plan de clivage : alors par des mouvements de traction, de torsion, de rotation combinés, s'opère le désenclavement, quelquefois presque spontané, de la partie supérieure de la

tumeur qui vient en bloc à la vulve, ce qui abrège considérablement la durée de l'opération : en effet, la masse ainsi décortiquée et énucléée, en dernier lieu, dépasse quelquefois

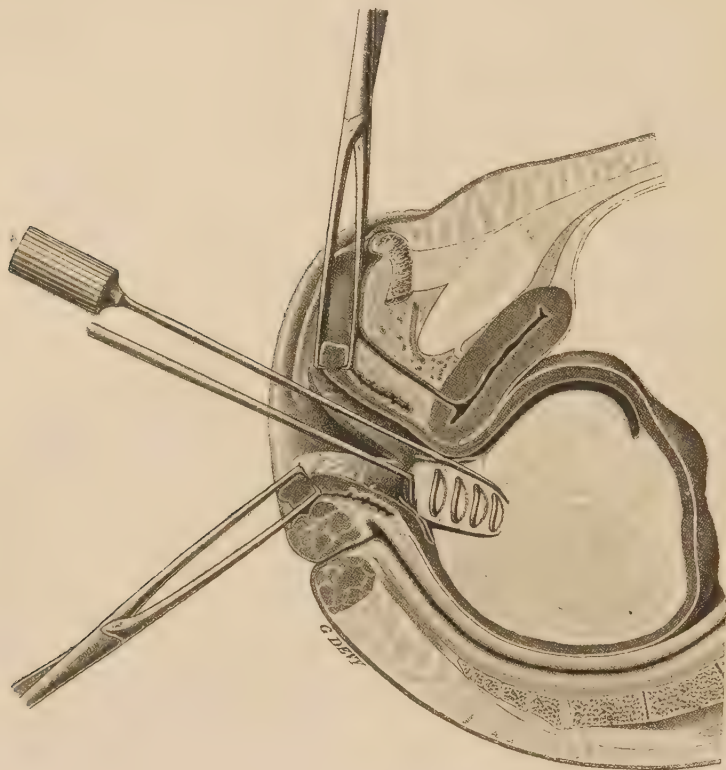


FIG. 19. — **Hystérotomie cervico-vaginale** (procédé de P. Segond).

Le couteau décrit autour des spires du tire-bouchon un mouvement de circumduction.

par son volume celui du monceau des fragments enlevés par l'évidement du début qui est comme un travail d'amorce. Mais il est d'autres cas, où le fibrome solidement incrusté résiste jusque dans ses dernières attaches sans jamais offrir les zones de décollement espérées, et cela malgré le travail de mine exercé dans son centre par un évidement prolongé, accentué et laborieux : on est obligé d'aller jusqu'au bout de l'extraction par le morcellement, mais il faut alors se méfier,

et la prudence conseille de substituer au tire-bouchon, comme instrument de prise, des pinces à abaissement, et quelquefois au couteau à double tranchant de longs ciseaux courbes, car

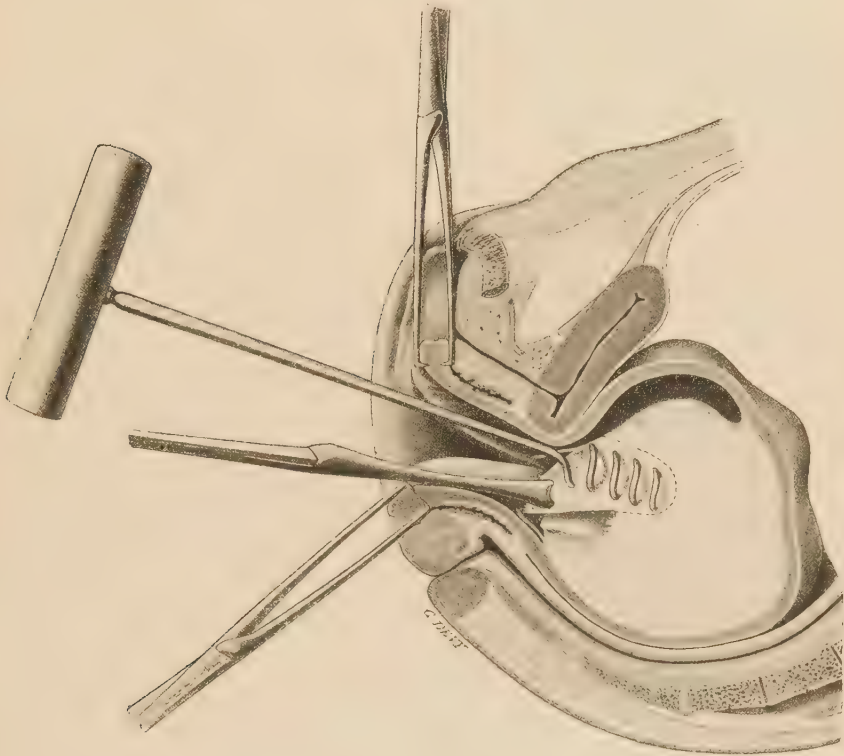


FIG. 20. — Hystérotomie cervico-vaginale (procédé de P. Segond).

Un cône fibreux a été détaché, et grâce à une pince qui n'a pas laissé filer le fibrome et qui sert d'amarre, on a revissé le tire-bouchon.

à la fin de l'opération ils sont périlleux pour la paroi utérine qu'ils peuvent transgresser.

C'est la fin de ce temps du procédé de Segond qui en constitue la difficulté. Évidemment il faut un doigté expérimenté qui permette de dissocier exactement les sensations fournies par la consistance différente du fibrome et du muscle utérin et d'apprécier l'épaisseur de la paroi de la loge fibreuse que l'on s'efforce de déshabiter. Le novice de

cette opération ou même le chirurgien qui n'est pas trop familier de cette voie vagino-utérine a très aisément la vive appréhension d'avoir outrepassé l'utérus et d'aller prendre contact avec l'intestin. Cette difficulté n'incrimine pas le procédé, mais le chirurgien.

On pratiquera de la même façon que nous venons de décrire, pour chaque fibrome s'il y en a plusieurs dans le même utérus. Les loges évacuées, de grandeur variable suivant les fibromes qu'elle contenaient, reviennent en partie sur elles-mêmes et seront traitées comme nous l'indiquerons au temps suivant (fig. 18, 19, 20).

Tel est en général ce 3^e temps. Examinons quelques-unes de ses particularités concernant : 1^o la brèche première faite à la capsule ; 2^o l'application du tire-bouchon ; 3^o les manœuvres du morcellement ; 4^o la paroi des géodes fibreuses évacuées.

1^o La brèche première faite à la capsule.

Le commencement de décapsulation du fibrome est fort utile sans qu'il y paraisse au premier abord : en effet, par la déhiscence de la coque, le fibrome se propulse spontanément, comme s'il était à l'étroit et comprimé dans son orbite, il vient de lui-même tendre, pour ainsi dire, la gorge au couteau. S'il est petit, on l'épargnera, et par traction et par un tour d'index on l'énucléera. S'il est volumineux, la brèche permettra au doigt une libération partielle qui facilitera la suite des manœuvres. Si l'on plantait directement le tire-bouchon ou la pince dentée sur la saillie de la tumeur et si l'on tirait le tout à la fois, au lieu d'une plaie muco-musculaire intra-utérine régulière on risquerait d'avoir une plaie d'éclatement de la coque du côté de la cavité utérine, et l'on aurait plus de chances de produire l'inversion de l'utérus, sans cette décortication partielle préalable. Second fait le plus souvent cette ouverture de la capsule avec l'ongle : c'est si simple ; le doigt explorateur vient de bien rendre compte de la topographie du fibrome, de son accessibilité, du point d'attaque le plus favorable ; il y est même appliqué, pourquoi ne l'entreprendrait-on pas immédiatement par ce moyen naturel et suffisant. Évidemment, si le fibrome s'offre à la vue bien nettement après l'hystérotomie bilatérale, ou si l'épaisseur

de la couche musculaire revêtant la coque est grande, le bistouri sera préférable. Mais il faut savoir que la déchirure et la dissociation de la cloison muco-muscleuse avec l'ongle sont les seules possibles dans le cas de fibromes hauts situés ou abrités au niveau des cornes utérines. Quelques chirurgiens ont fait l'incision en croix de la capsule (Le Bec⁷⁵); mais nous n'estimons pas utile ce crucifiement de l'utérus : la section simple suffit toujours et elle n'entraîne pas la formation des lambeaux angulaires destinés à une facile mortification, comme dans l'incision cruciale. On voit que nous sommes loin de l'époque où certains opérateurs, par crainte de l'hémorrhagie (Goodell⁷⁶, 1883), entament la coque du fibrome avec une scie.

3° *L'application du tire-bouchon.* — Lorsqu'on a le fibrome sous les yeux rien de plus facile que cette application, et dans ce cas on se servira suivant le volume apparent de la tumeur, du tire-bouchon à larges spires ou du tire-bouchon à spires étroites qui tient moins de place, mais qui est plus long. C'est ce dernier qu'il faut employer, lorsqu'on ne voit pas bien le fibrome et qu'on doit aller le visser dans la profondeur. Dans les cas de noyaux fibreux haut situés vers le fond, les cornes utérines, ou la partie supérieure des parois, la prise est en effet plus délicate que pour ceux du segment inférieur de l'utérus. Avec le doigt très enfoncé et en quelques coups d'ongle on arrive à sentir, à dénuder le fibrome sur un petit espace, à guider et planter le tire-bouchon : celui-ci, solidement fixé, n'a pas de peine à abaisser le fibrome au niveau de l'ouverture béante faite à l'utérus par l'hystérotomie cervico-vaginale, surtout si, pendant la traction sur l'instrument, on continue au doigt la décortication; cette manœuvre facilite singulièrement le morcellement qui doit alors commencer (voir observ. XI).

Si l'on ne peut, dans les mêmes circonstances, arriver aisément à fixer le tire-bouchon, ou si l'on craint une échappée dangereuse, avec une pince de Museux on amarre le fibrome de façon à l'entraîner sous les yeux et là, avant qu'elle ait dérapé, ce qui n'est pas rare du tout, on vissera le tire-bouchon qui, lui, ne lâche plus sa proie (obs. XX et XXI). Il est évident que ces petits subterfuges seront également utilisés, selon les besoins, pendant les manœuvres du morcellement où l'on fait des applications successives du tire-bouchon. C'est ainsi que l'évidement commencé, on pourra

visser presque perpendiculairement l'un à l'autre les tire-bouchons, de telle sorte qu'ayant déjà un point d'appui ou de résistance par

l'un on pourra facilement fixer l'autre, et qu'avant d'enlever complètement un cône de tissu fibreux, on a déjà sa prise toute préparée pour l'évidement conique suivant (fig. 21 et 22).

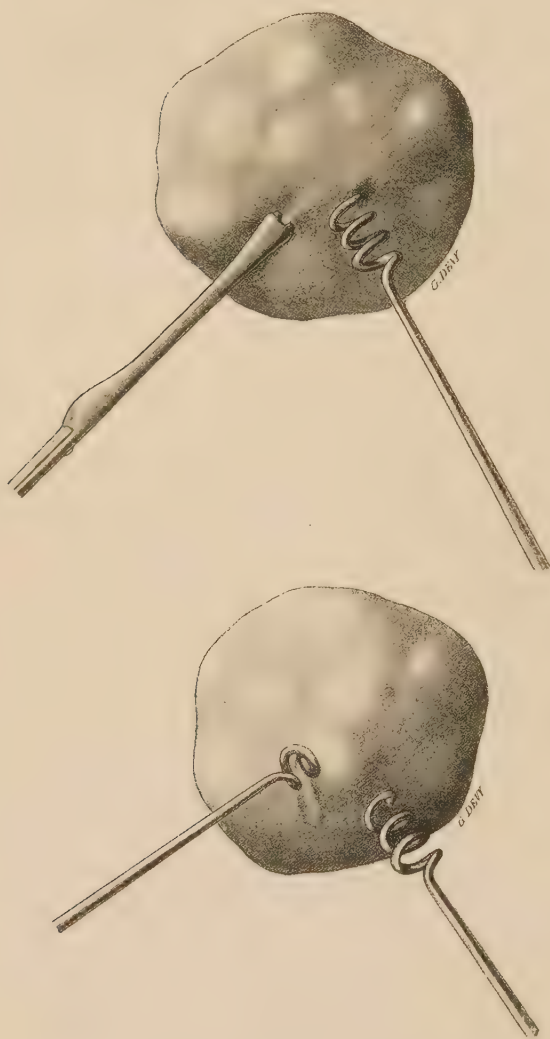


FIG. 21 et 22. — Hystérotomie cervico-vaginale (procédé de P. Segond).

Ces figures schématiques, représentant le fibrome seul, sont destinées à montrer comment on peut s'aider à planter et replanter le tire-bouchon en fixant la tumeur, soit avec le tire-bouchon lui-même (fig. du bas) ou une pince (fig. du haut).

3° *Les manœuvres du morcellement.* — L'hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale peut se borner, nous l'avons vu, à une énucléation pure et simple, au doigt, du fibrome s'il est peu volumineux ; autrefois on avait inventé des instruments pour la favoriser : Goodell se servait d'une curette plate comme un manche de cuiller, Pozzi d'une spatule. Quénu conseille de se servir des ciseaux courbes fermés comme énucléateur et qui agissent en même temps comme levier.

Lorsqu'il y a plusieurs fibromes dans le même utérus, on aura recours, suivant leur volume, à l'énu-

cléation simple pour les petits, au morcellement pour les gros (observ. X).

Dans le maniement du couteau bitranchant, il faut éviter de trop enfoncer le tire-bouchon ; voici pourquoi : le couteau, qui n'a

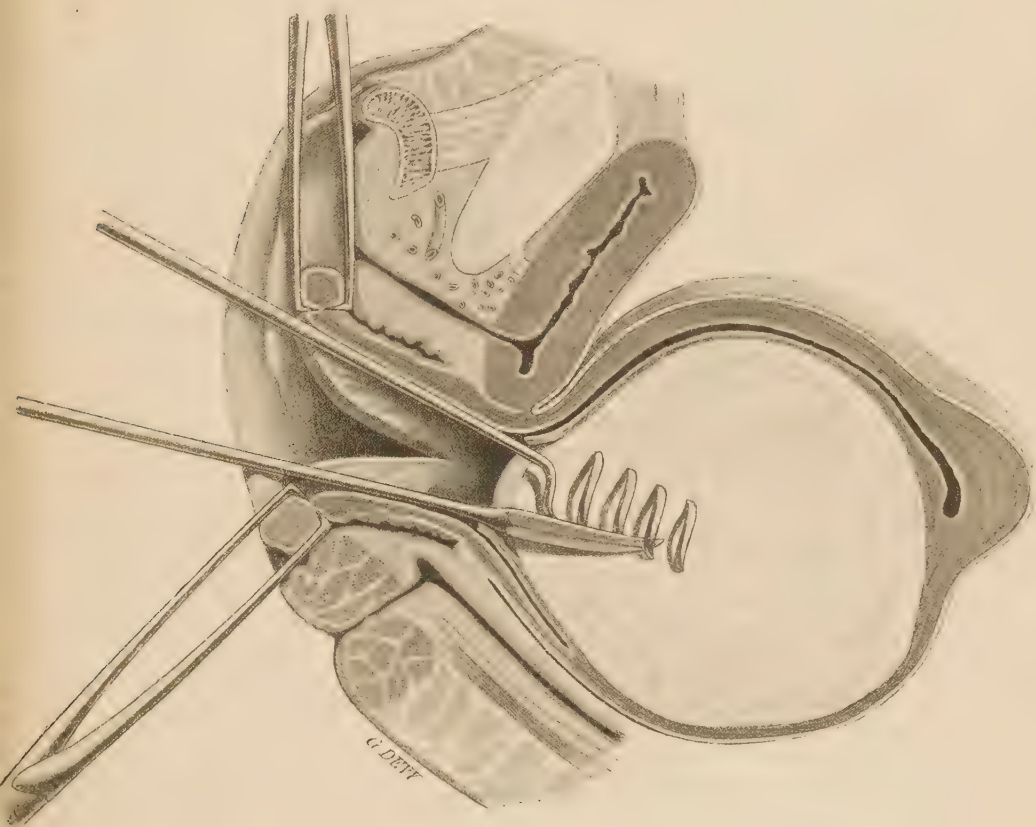


FIG. 23. — **Hystérotomie cervico-vaginale** (procédé de P. Segond).

Figure montrant la difficulté à laquelle on peut se heurter quand on a affaire à une vulve trop étroite ou quand le tire-bouchon est trop enfoncé. Le couteau ne peut décrire son cône de révolution autour et au-dessus des spires du tire-bouchon et il vient s'embarrasser parmi elles sans pouvoir sectionner.

qu'un espace limité non seulement dans l'utérus mais à l'orifice vulvaire (surtout si, dans le cas de virginité, il présente un contour elliptique étroit: obs. XXV) pour accomplir son mouvement de révolution conique, est alors difficile à passer au-dessus de la pointe du tire-bouchon, son tranchant se heurte, après quelques entailles dans le bloc fibreux, sur l'acier des spires du tire-

bouchon où s'embarrasse à travers elles, de sorte qu'il ne peut aller plus loin et circonscrire un cône complet dans le fibrome; aussi est-on obligé de dévisser un peu le tire-bouchon afin d'avoir l'espace nécessaire pour doubler sa pointe (voir obs. XXV et fig. 23).

Par l'abaissement complet de l'utérus largement entrebâillé et dont les lèvres éversées fortement servent de valves, on peut opérer sans écarteurs, à la vulve, en surface et sous l'œil (obs. XVII et XVIII, typiques). Quant à l'introduction des rétracteurs dans l'utérus lui-même, ils ne servent pas seulement à donner du jour, comme le fait remarquer Pozzi ⁷⁷, ils constituent « en même temps un précieux moyen d'hémostase par la pression et les tractions qu'ils exercent ». Du reste, le morcellement du tissu fibreux lui-même se fait à blanc.

Nous avons vu plus haut que l'hystérotomie unilatérale, dans 6 cas, avait permis le morcellement des fibromes variant du volume d'une orange à celui de deux poings, c'est-à-dire de tumeurs aussi grosses que celles qui ont été extraites par incision hystérotomique bilatérale. Ainsi dans l'observation IX, un fibrome intrapariétal droit et un autre inclus dans le ligament large correspondant, ayant chacun le volume du poing, furent morcelés et extraits par une section unilatérale. Parmi les fibromes les plus considérables qui ont été ainsi morcelés, il y en avait qui pesaient 700, 805, 835, 850, 900, 980, 1000, 1200 grammes. On pourrait penser que les plus grosses tumeurs sont celles qui ont été débitées en un plus grand nombre de fragments; il n'en est pas toujours ainsi. Exemple : un fibrome de 900 grammes (observ. V) a été extrait en 7 fragments, alors qu'un fibrome de 700 grammes (observ. VIII) a été extirpé en 14 morceaux; autre exemple : un fibrome de 1200 grammes (observ. XIII) a été morcelé en 14 fragments, tandis qu'un fibrome de 805 grammes (observ. XVII) a été retiré en 18 morceaux.

De plus, dans la myomectomie par morcellement d'un fibrome donné, les morceaux peuvent être très inégaux. Ainsi dans l'observation XII, une tumeur du volume d'une mandarine a été morcelée en 9 fragments dont 4 étaient infimes, 3 avaient 4, 1 avait 6, et le dernier 11 centimètres cubes. Nous n'insisterons pas davantage : ce sont là détails de curiosité. L'intéressant est de savoir, comme nous l'avons écrit dans le résumé de ce 3^e temps, que les fragments de la fin du morcellement sont plus gros

par suite de la facilité que donnent les interstices de clivage trouvés au cours de l'extirpation. En somme, dans cette intervention, on débute par un commencement de décortication, on continue par l'évidement, on finit souvent par une énucléation : ces diverses manœuvres s'aident et se complètent mutuellement.

4° *La paroi des géodes fibreuses évacuées.*

Lorsque le fibrome a été extirpé, il existe à sa place une cavité intra-musculaire plus ou moins spacieuse et en rapport avec son volume, mais pas pour longtemps, car l'utérus revient assez rapidement sur lui-même. Le doigt parcourt aisément les parois de cette cavité, il éprouve la sensation d'une surface tomenteuse, et il constate que cet espace loculaire est souvent nettement indépendant de la cavité utérine elle-même. Après une myomectomie pour fibrome unique par exemple, ce n'est pas une seule loge mais deux que l'on perçoit, parfois séparées par une sorte d'éperon musculaire ou bien une cloison à travers laquelle est trouée une boutonnière plus ou moins large : l'une est une orbite d'énucléation fibreuse, l'autre une cavité utérine généralement déformée. Cette disposition a son importance, comme nous allons le voir bientôt.

La coque est quelquefois très mince après l'ablation du fibrome, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent, et dans la plupart de nos observations on a pu opérer avec assez de sécurité sans effraction. Dans un cas (observ. XX), où il s'agissait d'un fibrome pariétal du bord latéral droit qui saillait entre les lames du ligament large, après l'énucléation, la paroi était fort mince de ce côté mais absolument respectée, et quand bien même une fenêtre eut été ouverte sur le ligament large, le danger eut été minime, en tout cas pas comparable à celui d'une brèche communiquant avec le péritoine.

Peu de sang s'écoule après l'énucléation avec ou sans morcellement. Ce qui s'épanche souvent ce n'est pas un flot artériel, c'est du sang noirâtre, résiduel, dû à la décortication et à l'exfoliation de la capsule fibreuse. L'utérus revient sur lui-même, la poche diminue parallèlement en expulsant en même temps un peu de sang résiduel comme une éponge qui s'exprime.

Terminons ce qui a rapport au 3^e temps en rappelant que Péan faisait le morcellement d'emblée, c'est-à-dire qu'il ne pratiquait pas la section méthodique de la coque seule afin de décorti-

quer partiellement le fibrome, comme Segond. Il fendait longitudinalement, du premier coup, couche muco-muscleuse et fibrome à la fois, et sur les tranches de la section commençait son morcellement avec des pinces de toutes formes et au bistouri. Dans certains cas, pour pousser les manœuvres du morcellement plus loin et mieux abaisser l'utérus à la vulve, il disséquait toute la partie inférieure de l'utérus et se débarrassait même du col en excisant ses deux lèvres. Il n'avait donc pas le bénéfice que donne un essai premier de décapsulation, n'avait pas les avantages que procure l'instrumentation simplifiée de Segond, il hachait et piochait le fibrome plutôt qu'il ne l'évidait; enfin il faisait une amputation du col qui nous semble, à l'heure actuelle, inutile, qui la complique, la rend plus hémorragique et la prolonge.

4^e TEMPS. — Traitement des loges fibreuses déshabitées et de la cavité utérine.

De l'énucléation avec ou sans morcellement des fibromes résultent des cavités de dimensions variables : après avoir exploré au doigt surtout ou avec l'extrémité mousse d'une grosse bougie de Hegar promenée doucement sur leur surface interne, s'il n'y a pas de solution de continuité soit vers la cavité péritonéale, soit vers l'espace interlamellaire du ligament large; après s'être rendu compte de la disposition respective des loges d'énucléation et de la cavité utérine adjacente et indépendante, quelquefois on devra tout d'abord s'assurer de l'hémostase de ces cavités, appliquer des pinces s'il y a lieu, sur les points saignant véritablement, qui sont rares, puis régulariser leur parois internes en réséquant aux ciseaux courbes des lambeaux capsulaires plus ou moins considérables qui pendent effilochés et loqueteux. Ensuite, on procédera à la toilette soignée de ces cavités fibreuses et utérines en les détergeant des caillots qui y sont contenus, au moyen d'éponges ou de compresses montées, en y pratiquant une large et rapide ablution avec également des compresses montées sur pinces et imbibées d'une solution de sublimé ou simplement d'eau stérilisée chaude à 50°, ou encore de sérum artificiel, d'eau oxygénée ou d'eau alcoolisée,

mais en ayant soin de la faire suivre rapidement d'un assèchement bien fait.

Enfin l'utérus, évacué de son contenu fibreux, ayant été bien mis à sec, de façon à ne pas laisser stagner des produits de rétention, on terminera par le tamponnement des cupules d'énucléation et de la cavité utérine au moyen de lanières de gaze stérilisée ou mieux de mèches ourlées en nombre variable suivant la capacité des loges, en ayant soin de faire ressortir une de leurs extrémités dans le vagin afin d'éviter l'oubli regrettable de l'une d'elles dans l'utérus au cours des pansements consécutifs.

Tel est, résumé, ce 4^e temps, qui n'est pas, au point de vue de l'action opératoire proprement dite, un stade de l'intervention, mais qui a une importance capitale au point de vue des suites et de la réussite finale.

Aussi allons-nous compléter certains points spéciaux : 1^o L'hémostase de la surface interne des poches; 2^o la régularisation des parois internes des loges; 2^o la toilette intra-utérine; 3^o le tamponnement intra-loculaire et intra-utérin.

1^o L'hémostase de la surface interne des poches.

La surface interne cruentée des poches n'est généralement pas saignante au point d'inquiéter sérieusement : il peut y avoir une hémorrhagie en nappe facile à maîtriser le plus souvent, mais presque jamais de jet artériel ou veineux important. En parcourant nos observations, on voit qu'il n'a jamais été utile ou nécessaire de laisser une pince à demeure sur les parois elles-mêmes des loges évacuées. En effet, les cas d'hémorrhagie qu'il nous a été donné de noter ne concernant que celle qui s'est produite au niveau des sections hystérotomiques latérales, ce qui est bien différent; au reste, nous avons vu plus haut qu'on pouvait arrêter assez aisément cette dernière. Quant à l'hémorrhagie en nappe de la loge fibreuse, nous l'avons vue une fois seulement assez abondante : peut-être est-ce parce qu'il s'agissait d'un myome pur (observ. XV)? Toujours est-il, que dans la généralité des faits, elle est limitée fort vite, parce que l'utérus se rétracte assez rapidement, se subinvole. Ce phénomène, analogue à celui bien connu

des accoucheurs (globe de sûreté de Pinard, après la délivrance), est ici également un garant de la non-inertie de l'utérus, et par suite dissipe la crainte d'une hémorrhagie pouvant suivre la délivrance fibreuse. De plus, en dehors de la contractilité des parois musculaires de l'utérus, le nettoyage avec une solution chaude et le tamponnement intra-utérin assurent parfaitement l'hémostase.

2° La régularisation des parois internes des loges.

On devra exciser aux ciseaux courbes les débris capsulaires, déchiquetés et flottants, destinés sans cela à une mortification préjudiciable à la cicatrisation de la caverne fibreuse (voir obs. XXV). Mais il y a mieux à faire qu'à ébarber ces lambeaux, c'est d'éviter leur formation, autant que possible, au moment des manœuvres de décortication et d'énucléation, et cela, en dédolant avec l'extrémité de l'index sans abandonner le contact de la périphérie du fibrome.

3° La toilette intra-utérine.

Les loges et la cavité utérine doivent être d'abord essuyées avec des compresses montées pour les débarrasser des caillots et des débris capsulaires qui les jonchent ; puis on les lave en les épongeant avec une solution chaude, et non pas en lançant dans leur cavité une injection qui peut être dangereuse en produisant une effraction à travers une capsule amincie ou en laissant filtrer une partie du liquide à travers une fissure insoupçonnée ouverte sur le péritoine. Segond a fait le plus souvent ces lavages avec des éponges montées, imbibées tantôt de solution de sublimé (exemple : observations XVIII et XIX), suivis d'un lavage abondant avec le sérum (observat. XXI), tantôt d'eau stérilisée chaude à 50°, d'eau alcoolisée chaude (observat. XI), tantôt de sérum simplement, tantôt d'eau oxygénée. Celle-ci a une réelle utilité dans ces plaies cavitaires, ayant une action antiputrescible et même un pouvoir hémostatique considérable (Lucas-Championnière, Platon, Petit⁷⁸, Lejars, etc.). On fait suivre ces lavages d'un assèchement aussi parfait que possible, surtout si l'on a utilisé des substances antiseptiques, comme le sublimé, crainte d'absorption toxique, et surtout pour éviter la production d'un milieu favorable à la culture microbienne.

4° *Le tamponnement intra-oculaire et intra-utérin.*

Second fait ordinairement un tamponnement mixte : antiseptique et aseptique, en introduisant par exemple 2 à 3 mèches, ourlées sur les bords, stérilisées, et une légèrement iodoformée. Le nombre de lanières de gaze introduites dans l'utérus est variable naturellement, le plus souvent on en a utilisé 2 à 3 dans les faits que nous rapportons, quelquefois davantage : 5 mèches (obs. XIX), 3 rouleaux de gaze (observ. V), 8 compresses de gaze (observ. XI), une fois, jusqu'à 12 mèches ourlées (observ. XXI).

Ce tamponnement doit être pratiqué avec soin, et il importe au plus haut point de combler tous les vides, afin de ne pas favoriser la formation d'espaces morts. Il ne faut pas oublier de bourrer la cavité utérine, lorsqu'elle est indépendante de la loge fibreuse : il est des cas où existe une grande cavité fibreuse à parois plus ou moins épaisses à laquelle se trouve surajoutée, le plus souvent en haut ou sur les côtés, une masse disposée en calotte, qui n'est autre que le corps utérin dont on reconnaîtra le canal faisant voie à part, au doigt ou à l'hystéromètre manié avec prudence (observ. XIII et XVII). Avec une même lanière, pourvu qu'elle soit longue, on peut tamponner la loge déshabitée du fibrome d'abord, puis la cavité utérine (obs. XX). En introduisant et en tassant les mèches, on doit faire attention à ne pas entraîner complètement dans la cavité utérine celles déjà placées, en poussant sur la dernière. Il ne faut pas, en effet, qu'aucune mèche soit perdue dans l'utérus : toutes doivent, par une de leurs extrémités, ressortir par l'orifice utérin et rester accessibles aux pinces à pansement : elles seront plus faciles à retirer, et surtout on ne risquera pas d'en oublier dans l'utérus aux pansements consécutifs.

Terminons ce qui a rapport au 4° temps, en rappelant que Péan se préoccupait beaucoup de l'hémostase au cours de toute l'opération. Pendant la durée du morcellement, il essayait avec de petites éponges montées les parois mises à découvert par le départ successif des blocs fibreux enlevés, cherchait à découvrir les points saignants et à y poser de longues pinces hémostatiques. Lorsque toute la cavité était évacuée, il pinçait tout ce qui semblait donner du sang sur les parois. De telle sorte que, l'opération terminée, l'utérus constituait une gaine à un faisceau de 10, 12, 15 et 20 pinces que l'on enlevait au bout de 36 à 48 heures : des tampons

de gaze iodoformée étaient insinués entre les branches des pinces. Inutile de dire que ce souci de l'hémorrhagie était exagéré, à ce qu'il nous semble, d'après nos cas, pour ce qui est, du moins, de l'épanchement sanguin dans les poches évacuées. Les pinces gênent d'ailleurs les manœuvres, prolongent la durée de l'intervention, et si la paroi utérine saigne, par similitude éloignée avec l'hémorrhagie de la délivrance, il nous paraît que, dans ce cas, la meilleure conduite est de vite débarrasser l'utérus de son fibrome; ce pincement méticuleux rappelle un peu l'inutile hémostase à laquelle se distraient vainement certains opérateurs dans une ouverture médiane de la paroi abdominale.

5° TEMPS. — La suture du col.

La suture de l'incision hystérotomique cervico-vaginale après l'intervention est facultative et dépend des conditions dans lesquelles on se trouve après le morcellement. Il est certain que si les surfaces de section des bords de l'utérus saignent, la suture pourra suffire dans bien des cas à arrêter cette petite hémorrhagie. Elle sera faite avec quelques points de catgut fort. Il est à remarquer que l'opération se termine par la suture du col après que le tamponnement intra-loculaire et intra-utérin a été effectué.

Le 5° temps est simple. Complétons-en l'exposé par quelques détails sur : 1° les indications ou contre-indications de la suture cervicale ; 2° la raison qui doit la faire pratiquer après le tamponnement intra-utérin ; 3° les faits relatifs à nos observations.

1° Indications et contre-indications.

On suturera le col lorsque l'utérus aura été largement fendu sur les bords, quand une petite hémorrhagie pourra être arrêtée par le seul fait de la coaptation des lèvres du col. On ne le suturera pas si l'incision n'est pas très profonde ni hémorrhagique, si l'on est obligé de laisser une ou plusieurs pinces hémostatiques à demeure dans les sinus de section cervicale, si l'on a l'intention de laisser la cavité utérine largement béante dans un but de drainage facile à surveiller et à renouveler.

2° *La raison qui fait pratiquer la suture après le tamponnement intra-utérin.*

Il y a une certaine importance à introduire les mèches avant la suture cervicale : en effet, on peut les introduire alors avec plus de facilité, les mieux tasser dans les recoins des loges abandonnées, et tout cela, sous l'œil pour ainsi dire, de telle sorte qu'on est certain, en agissant ainsi, de ne laisser aucun espace mort, où un suintement sanguin accumulé peut favoriser l'infection.

• 3° *Les faits relatifs à nos observations.*

Sur le nombre des observations où nous n'avons pas oublié de consigner ce détail, 8 fois l'utérus a été laissé en l'état sans suture des incisions hystérotomiques, c'est-à-dire dans un tiers des cas.

Les petites alertes hémorrhagiques que nous avons signalées dans cette opération ne coïncident d'ailleurs pas avec l'absence de suture cervicale, si ce n'est dans l'observation VIII où une hémorrhagie se déclara le soir même de l'intervention, peut-être due à cette cause, nous ne saurions l'affirmer du reste.

Pendant la suture du col, on prendra garde de ne pas coudre, sans s'en douter, les lanières intra-utérines déjà placées, avec le col, ce qui gênerait fort le pansement et ce qui provoquerait, à ce moment, des arrachements involontaires. Dans un seul cas (observat. I, la plus ancienne), la suture a été faite à la soie, mais depuis, toujours au catgut, qui présente l'avantage de ne pas avoir à être retiré au bout de quelques jours : les points de suture peuvent être plus nombreux d'un côté du col que de l'autre : généralement 3 à 4 points suffisent, en tout.

On termine en faisant un tamponnement du vagin, inutile de laisser une sonde à demeure : une seule fois (observ. XXV) on laissa une sonde de Petzer.

Terminons ce qui a rapport au 5^e temps, en rappelant que Péan pratiquait, comme nous l'avons vu, pour faciliter ces manœuvres de morcellement, l'amputation des deux lèvres du col sectionnées déjà au niveau de leurs commissures ; il était obligé de terminer l'opération par la suture des surfaces de section aux bords de la plaie en collerette faite au niveau des culs-de-sac vaginaux ; il faisait cette suture avec des fils métalliques.

Conditions particulières et complications opératoires de l'énucléation vaginale avec ou sans morcellement.

Ces conditions tiennent : 1° à la voie d'accès vulgo-vaginale ; 2° aux caractères de certains fibromes ; 3° à des manœuvres et à des complications opératoires proprement dites ; 4° à l'état des organes voisins.

1° Conditions tenant à l'état de la voie d'accès vulvo-vaginale.

Ces conditions ont ici leur importance, on le comprend sans peine. L'angustie de cette voie peut tenir à la présence d'un hymen avec vagin logiquement étroit, ou bien à un rétrécissement sénile.

Cette question a jadis été agitée, à propos de la facilité d'exécution de l'hystérectomie vaginale, en particulier par Segond et Quénu : il est évident qu'elle a une importance au moins égale ici, et ce qu'en a dit Quénu⁷⁹ (1898) pour l'hystérectomie vaginale peut s'appliquer aussi bien à la myomectomie vaginale : l'état du conduit vulvo-vaginal mérite autant de considération que le volume du fibrome lui-même et ce qui domine la question, « c'est l'extensibilité des tissus constituant le plancher pelvien. »

Plusieurs auteurs ont rapporté des cas où la difficulté de l'opération fut grande du seul fait de la virginité des voies génitales : Rendu⁸⁰ (de Lyon), en 1886, opère ainsi une vierge de 41 ans pour une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule implanté dans le fond de l'utérus ; Mundé⁸¹, en 1888, myomectomise laborieusement une vierge fibromateuse ; Lucas-Championnière⁸², en 1889, attaque un fibrome à travers des voies pénibles chez une vierge de 43 ans. Nous avons assisté (16 décembre 1899) notre maître Segond dans un essai d'hystérotomie cervico-vaginale, chez une vierge de 33 ans qui portait une tumeur du volume d'une grossesse de 3 mois ; nous avons également opéré avec notre ami Baudron une vierge de 41 ans qui avait un vagin étroit et un périnée sanglé et très résistant (voir observ. XXV). Chose curieuse, ces exemples, parmi plusieurs, nous montrent qu'il s'agit souvent de vierges avancées en âge (33 à 43 ans). Il sied d'y réfléchir, parce que, chez ces femmes à l'hymen attardé, la question peut se compliquer : en dehors de l'hymen qui n'est presque jamais infrangible, le vagin n'est pas seulement étroit en tant que voie jamais frayée, mais parce qu'il a perdu sa souplesse : l'atrophie sénile précoce vient seconder un

état préexistant : « A partir de 40 ans, dit Quénu, il se produit chez les femmes un processus de sclérose qui envahit non seulement le conduit vaginal, mais les différents organes constitutifs du plancher pelvien. Il m'a semblé que cette sclérose affectait tout particulièrement cette portion du vagin distante des culs-de-sac de deux à trois travers de doigts ; il se forme ainsi une sorte de rétrécissement en arrière duquel les parties molles ont perdu toute leur souplesse. » Plusieurs fois, cette atrophie sénile a rendu l'extirpation de fibromes impossible par la voie vaginale et obligea à passer par l'abdomen. Pour ce qui est des deux vierges dont nous eûmes à pratiquer la dilatation forcée de l'hymen et de l'orifice vulvaire, l'opération ne fut pas laborieuse du fait de l'étroitesse vaginale : c'est là un des avantages de l'hystérotomie bilatérale, c'est que le morcellement ne s'opère pas au fond d'un défilé génital, où l'on ne voit et ne sent que difficilement ce qu'on fait, mais à la marge de la vulve si l'utérus est suffisamment abaissable, ce qui n'est pas rare même chez les vierges à utérus fibreux.

On a proposé, pour rendre la voie vaginale plus accessible, des débridements vulvo-vaginaux comme Dupuytren, Barnes, Kœberlé, etc., les avaient pratiqués en face de gros polypes qu'ils ne parvenaient pas à accoucher. Nous ne sommes pas du tout partisan de ces débridements souvent fort hémorrhagiques, qui ouvrent des portes à l'infection, qui balafrent la vulve de cicatrices déformantes ; du reste, ils s'opèrent parfois spontanément sous l'influence des tractions des écarteurs, qui non seulement malaxent et divulsent quelque peu le vagin avec utilité, mais produisent des déchirures périnéales : témoin notre observation XXV où il y eut une rupture superficielle de la fourchette vulvaire facilement réparée à la fin de l'opération par un petit surjet de catgut. Dans les cas de sclérose sénile profonde et annulaire, ces débridements sont inapplicables et même dangereux : au lieu de s'efforcer à des élytrotomies longitudinales internes périlleuses, il vaut mieux renoncer à la voie vaginale. Dans les deux faits auxquels nous avons assisté, il s'agissait de fibromes assez considérables (volume d'une grossesse de 3 mois, volume d'une mandarine) ; on peut donc extraire par des voies génitales vierges d'assez grosses tumeurs.

Notre observation XXV montre que dans certaines circonstances, la présence avouée d'un hymen entrave l'action clinique, qu'elle empêche de préciser le diagnostic topographique d'un

fibrome et fait proposer au chirurgien une intervention qui n'est pas celle qu'il résout en définitive. Chez la malade, à laquelle nous faisons allusion, Baudron se préparait à une hystérectomie abdominale totale. Malgré le respect dû à la virginité, nous pensons qu'en une telle occurrence, s'il s'agit d'une vierge âgée surtout, l'hymen doit être considéré comme une pure abstraction et l'on doit passer outre : la défloration opératoire ne compte pas en face de la déssexualisation totale, alors qu'on peut faire de la chirurgie conservatrice. D'ailleurs une cicatrice abdominale est un stigmate plus appréciable d'une atteinte chirurgicale ancienne.

2° Conditions tenant aux caractères particuliers de certains fibromes.

Elles concernent : a) la localisation des fibromes ; b) l'absence de zone capsulaire ; c) l'état anatomo-pathologique des fibromes.

a) *La localisation des fibromes.* Nous avons insisté suffisamment déjà sur les fibromes inclus dans l'utérus, interstitiels ou sous-muqueux sessiles. Dans les observations que nous rapportons, l'on n'a jamais eu affaire à plus de deux fibromes. Il est évident qu'il serait possible d'en enlever davantage si le cas se présentait, mais difficilement 12, 15 et 20, comme l'on a tenté dans certaines énucléations abdominales ; nous voyons là une contre-indication. Mais l'énucléation vaginale avec ou sans morcellement peut se compliquer de la présence de fibromes pour ainsi dire périphériques. Dans un cas, Mickulicz⁸³, après l'extirpation vaginale d'un fibrome, en sentit une autre faisant une saillie sous-péritonéale très accusée ; il inversa l'utérus et enleva la tumeur sous-péritonéale à travers une brèche utérine de 10 centimètres qu'il recousut ; aujourd'hui on ferait de préférence l'hystérectomie vaginale totale. C'est ainsi que nous assistâmes Segond dans une tentative d'hystérotomie cervico-vaginale pour une tumeur remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis (20 février 1899) ; après morcellement et énucléation en 9 fragments, l'opération semblait terminée, quand malheureusement on constata la présence d'un fibrome assez volumineux derrière l'utérus et indépendant. Segond termina par l'hystérectomie vaginale. Nous avons deux observations concernant des fibromes utérins s'étant développés vers le ligament large ; il se peut que dans des cas à venir on se trouve

en présence de fibromes inclus dans le ligament large et indépendants ; l'hystérotomie cervico-vaginale latérale permettra de les extirper aussi bien que s'il s'agissait de fibromes de l'utérus ; on sait d'ailleurs que bien des auteurs leur ont attribué la même origine.

Un point intéressant est la rétroflexion d'un utérus fibreux. G. Gelli⁸⁴, rapporte un cas d'énucléation par un mode ancien pour un utérus fibromateux ayant pris cette disposition. Ce cas nous suggère l'hypothèse suivante : si l'on se trouve en présence d'un utérus rétrofléchi fortement par suite d'un fibrome du fond ou de la partie supérieure de la paroi postérieure, on aura la même disposition que dans un utérus rétrofléchi gravide ; si l'on fait la myomectomie vaginale sur cet utérus plié en deux et si l'on attaque le fibrome par sa partie qui semble bomber dans la cavité utérine, on traversera, sans s'en douter, la paroi utérine deux fois et en entier, on aura ouvert le péritoine, et il y aura nécessité de terminer par hystérectomie. Si le diagnostic de rétroflexion pouvait être établi, on n'aurait, comme nous l'a dit Segond à qui nous avons soumis la supposition de ce cas, qu'à tirer fortement sur les pinces fixées aux lèvres du col, à élonger pour ainsi dire l'utérus qui se redresse et corrige spontanément sous cette traction sa rétroflexion et l'on s'attacherait à « rester cavitaire », c'est-à-dire à manœuvrer dans la cavité utérine.

b) *L'absence de zone capsulaire.* Aux opérations conservatrices par voie abdominale, nous avons parlé longuement de cette éventualité. Elle prête ici aux mêmes considérations. Nous avons dit que notre ami Claisse, dans un travail tout à fait remarquable, avait bien étudié ces adéno-myomes utérins à limites indécises, à disposition infiltrée, qui empêchent certainement une éradication totale par suite des zones habituelles péri-capsulaires de clivage.

Nous n'en voulons pour preuves que les exemples suivants que nous avons pu constater au cours de notre assistance opératoire et que nous résumons : Le 19 octobre 1899, Segond opère une femme pour un fibrome plus gros qu'une tête de fœtus, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et bombant dans le cul-de-sac antérieur : le cas paraît un peu difficile, notre maître veut cependant faire une tentative d'énucléation après incision bicommissurale préalable. Mais cet essai reste infructueux : après un

morcellement qui a détaché 21 fragments (la tumeur pesait 1 270 grammes), on s'aperçoit qu'il n'y a pas de plan de clivage pouvant rendre la tumeur énucléable en conservant l'utérus, et Segond termine par l'hystérectomie : il n'y avait rien aux annexes. Une autre fois (le 29 juillet 1899), avec notre ami et maître Bouglé, dans le service de Segond, nous opérons une femme pour un fibrome interstitiel postérieur ne dépassant guère le détroit supérieur du bassin et qui nous paraît fort justiciable d'une énucléation facile. Néanmoins Bouglé pratique une hystérectomie vaginale d'emblée par morcellement. Au début, les fragments ne viennent que très minimes, mais à la fin, le gros bloc descend composé du reste du fibrome et de l'utérus. La pièce enlevée comprend la paroi postérieure de l'utérus avec le restant du fibrome complètement fusionné avec elle, sans trace de capsule péri-fibreuse de plan de clivage. L'utérus est grand, à tissu hypervasculaire et contient une tumeur interstitielle légèrement plus dure et plus blanche que la paroi utérine sans ligne de démarcation nette avec elle : il existe aussi un petit noyau dans le fond de l'utérus. Le cas vaut que nous rapportions textuellement *in extenso* l'examen histologique pratiqué par Claisse, chef du laboratoire de Segond : « La muqueuse utérine est épaissie ; elle présente des lésions d'endométrite glandulaire et hémorrhagiques : dilatation des culs-de-sac, dilatation des vaisseaux sanguins, prolifération épithéliale légère.

« Le muscle utérin contient des vaisseaux sanguins dilatés ; en s'éloignant de la muqueuse on constate également une augmentation de tissu conjonctif, à larges mailles, dissociant les faisceaux musculaires.

« Ces deux tumeurs présentent une structure à peu près identique, elles sont constituées par des faisceaux musculaires séparés par des travées fibreuses ; le petit noyau du fond de l'utérus est riche en éléments musculaires ; le tissu fibreux prédomine au contraire dans l'autre production.

« De distance en distance, on rencontre des îlots bien particuliers : ils sont constitués par des culs-de-sac épithéliaux entourés d'une épaisse couche de cellules rondes ou fusiformes. Ces culs-de-sac présentent pour la plupart le même aspect que ceux de la muqueuse utérine ; quelques-uns, toutefois, offrent une dilatation assez considérable atteignant 1 et 2 millimètres de diamètre.

« Il est difficile de préciser sur les coupes, la limite entre les tumeurs et le tissu normal : il n'existe pas ici de ces larges bandes de tissu conjonctif lâche séparant les deux éléments ; presque partout les faisceaux musculaires et fibreux s'enchevêtrent ; c'est la prédominance d'un élément (fibreux ou musculaire) qui fait constater le changement de territoire.

« En résumé, *adéno-fibro-myome*, enclavé dans la paroi d'un utérus atteint d'endométrite glandulaire, avec dilatation de tout son système vasculaire. »

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est qu'il s'agit d'un utérus fibro-myomateux dont les caractères physiques le présentaient comme très justiciable au premier abord de l'énucléation par l'hystérotomie bicervico-vaginale : le fibrome paraissait bien localisé dans la paroi postérieure, l'utérus était assez régulier. Et cependant si l'on eut tenté l'énucléation elle n'aurait abouti qu'à un échec, dû à l'absence d'une capsule ou en tout cas d'une zone de limitation péri-fibreuse ; on aurait été obligé de sculpter le néoplasme dans la paroi pour l'en extraire, et dans ces manœuvres on eût eu beaucoup de chances de perforer la paroi utérine puisqu'on ne pouvait distinguer où il fallait s'arrêter. De plus, comme le montre l'examen histologique de Claisse, on voit qu'il ne s'agit pas de fibrome pur, que le néoplasme est sur les limites de la malignité, et qu'une opération plus radicale que la simple énucléation, d'ailleurs irréalisable complètement, était davantage de mise.

c) *L'état anatomo-pathologique des fibromes.* Au point de vue opératoire, c'est principalement la consistance, la vascularité, l'état kystique et l'état de sphacèle qui importent.

La *consistance* est très variable. On peut avoir affaire à des fibromes calcifiés, à des pierres utérines, dont on a vu des exemples (Schröder⁸³, H. Bernard⁸⁶, etc.). Jusqu'ici on n'en a pas rencontré au cours de la myomectomie vaginale. Ce sont des tumeurs qui s'observent le plus souvent chez des vieilles femmes. Si l'on se trouvait en leur présence par exception, il est évident que le tire-bouchon n'aurait guère de prise, et qu'il faudrait procéder à leur extirpation en concassant ces sortes de productions pierreuses si, par hasard, le reste de l'utérus a conservé quelque valeur. D'autres fois, on tombe sur des fibromes qui présentent un excès contraire de consistance, sur des fibromes mous, œdémateux. Marchand⁸⁷,

en 1893, en rapporte un cas qu'il parvint à extraire par morcellement après hystérotomie cervicale. Le 16 novembre 1899, nous assistons notre maître Segond dans un cas analogue où l'hystérotomie cervico-vaginale pour énucléation vaginale avec morcellement ne peut être qu'une tentative; le voici résumé : Segond pratique, avec peine, l'ablation de nombreux morceaux de la tumeur avec le couteau bitranchant, mais l'on a devant soi un tissu extrêmement mou, friable, qui ne présente pas du tout cependant le caractère d'effritement des néoplasmes cancéreux : c'est un tissu pour ainsi dire œdématisé, qui s'effiloche, formant des lanières déchiquetées sous l'influence des pinces à traction. Il s'agit d'un fibrome mou, comme on en voit quelquefois, et dont la mollesse est parfois si grande qu'elle occasionne des erreurs de diagnostic clinique et fait alors penser plutôt au kyste ovarique qu'au fibrome. Le tire-bouchon lui-même n'a pas de prise. Il faut se résoudre à enlever la tumeur par très petites parcelles. Les pinces dentées déchirent tout à coup; les pinces à mors fenêtrés, dont on se sert pour les kystes, n'aident guère davantage et dérapent souvent. Après une longue patience qui n'aboutit plus qu'à l'ablation de morceaux infimes, comme Segond ne trouve pas non plus de plan de clivage et comme il est impossible de tout enlever, lorsque l'utérus, par suite du morcellement (60 fragments), est suffisamment réduit, il termine par une hystérectomie vaginale totale : l'utérus et la tumeur en bloc pesaient 1 080 grammes. Cette observation peut être citée comme une des complications pouvant empêcher la réalisation de la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale : 1° à cause de la mollesse du fibrome qui ne permet pas d'enlever toute la tumeur par morcellement; 2° à cause du manque de capsule et de plan de clivage qui ne permet pas non plus l'énucléation. Elle montre également que, ces conditions n'étant pas prévues, ou ne pouvant pas l'être, on est autorisé à tenter tout d'abord l'hystérotomie bilatérale avec essai d'énucléation et de morcellement qui, dans ce cas rapporté, a servi de premier temps à une hystérectomie vaginale qu'elle a facilitée. De plus, le pronostic d'une hystérectomie vaginale ainsi faite est certainement plus sûr, nous voulons dire meilleur, quand le morcellement a été, pendant toute l'opération, *intra-utérin*, et quand on aura par cela même travaillé moins en champ péritonéal. Le 16 décembre 1899, nous opérons avec Segond un cas à peu près analogue qui montre bien les hésitations, l'espoir,

puis la déception qu'on peut éprouver dans une tentative de conservation utérine : la tumeur était un peu plus grosse que le poing, régulière, globuleuse, et l'hystérométrie donnait 12 centimètres de cavité. Segond pratique l'incision bicommissurale du col et l'exploration digitale : le cas est reconnu presque impossible pour l'énucléation, aussi se résout-il à l'hystérectomie vaginale et fait-il l'incision ordinaire qui permet de libérer le col. Mais, arrivé à ce point de l'intervention, il fait un dernier effort et un essai tout de même d'énucléation : le doigt introduit dans la cavité utérine fait sortir une certaine quantité de liquide citrin avec de tout petits fragments de tumeur ; Segond croit être, à cause de ce liquide d'aspect ascitique, dans le Douglas, mais il s'aperçoit que non ; il part alors pour le morcellement et l'énucléation, mais la tumeur se déchire sous les pinces et n'abandonne à chaque prise que des lambeaux lacérés : les pinces dentées griffent plus qu'elles n'arrachent ; il parvient pourtant à retirer toute la masse néoplasique, mais l'utérus est en bien mauvais état et la tumeur paraît de nature un peu douteuse, aussi termine-t-il par l'hystérectomie vaginale totale. Entre les consistances extrêmes : la dureté lithiasique et la mollesse pulpeuse des fibromes, qui empêchent d'y vriller le tire-bouchon et les instruments de préhension d'une façon générale, il y a des cas mixtes intermédiaires dont il faut parler. C'est ainsi que Piollet⁸⁸ rapporte un exemple de myomectomie vaginale où l'on put enlever par morcellement une première partie de la tumeur, puis consécutivement, par décortication, une deuxième masse moins grosse mais bien plus friable. Nous avons vu avec Segond un cas inverse (10 mars 1900. Voir observ. XXI) : après l'incision cervico-vaginale bilatérale très profonde, notre maître commence l'énucléation, mais au début le tire-bouchon dérape, le pôle inférieur de la tumeur, c'est-à-dire la partie qui est tout d'abord accessible, étant de consistance molle : on peut croire à un sarcome, mais à mesure que l'énucléation se poursuit, le tissu devient de plus en plus résistant et facilite la prise, et l'opération atteint son but : la conservation de l'utérus.

La *vascularité* des fibromes nous semble être très rare. Mundé⁸⁹ rapporte un cas de tentative d'extirpation d'un fibrome sessile intra-utérin pour montrer les difficultés qu'entraîne l'extraction des fibromes vasculaires de la partie supérieure de la cavité utérine : il fut obligé de suspendre l'opération par crainte d'une perforation

utérine, qu'il dut faire sans doute, puisque la malade mourut de péritonite généralisée le dixième jour. Nous pensons que ce n'est pas le fibrome qui est vasculaire dans sa masse, mais plutôt la coque parenchymateuse qui l'entoure, ce qui est différent. Nous avons opéré avec notre maître Segond (voir observ. XV) un myome pur, d'aspect charnu, de couleur rouge brun et dont l'ablation donna pas mal de sang, mais qui provenait sans doute surtout des connexions vasculaires rompues de la capsule avec la tumeur musculaire : la myomectomie vaginale ne s'en termina pas moins dans de bonnes conditions.

L'état kystique des fibromes intra-pariétaux peut se présenter et faire craindre des difficultés opératoires : bien que cet état cavitaire des fibromes doit indiquer, à notre sens, une certaine tendance au processus malin et un état altéré coïncident de l'utérus, exigeant logiquement l'abandon de tout essai de conservation, par conséquent la castration totale, il est des cas où l'on peut cependant tenter la myomectomie vaginale simplement. Swiecicki¹⁰⁰ a publié un exemple d'extraction par le vagin d'un cysto-fibrome intra-pariétal, capsulé d'ailleurs, qui occupait presque toute l'épaisseur de la paroi utérine et qui avait le volume d'une tête d'adulte : la malade guérit de l'opération, mais l'auteur ne nous dit pas s'il y eut récurrence plus tard.

Notre observation II est intéressante, plus complète à ce sujet, et vient justement appuyer notre opinion sur le peu d'espérance en l'avenir qu'on peut fonder dans des cas semblables. En 1888, Segond opère, par hystérectomie unilatérale, un fibrome interstitiel et sous-muqueux sessile du fond de l'utérus, gros comme le poing et qui avait subi par place la dégénérescence kystique ; une récurrence énorme se produisit quelque temps après qui nécessita (en 1889) une hystérectomie vaginale totale, à la suite de laquelle la malade est restée définitivement guérie puisqu'elle a été revue en décembre 1900 par notre maître. D'ailleurs il est des degrés dans cette dégénérescence kystique : il est évident que venant d'achever avec succès une énucléation par hystérotomie cervico-vaginale, si l'on s'aperçoit à l'examen de la pièce enlevée qu'il y a par places des petites cavités kystiques, on ne va pas, du seul fait de cette constatation macroscopique, reprendre son opération pour la terminer en castration totale : on doit laisser les choses en l'état, surveiller la malade et faire quelque temps après le néces-

saire, s'il y a lieu : l'observation de Segond que nous venons de rapporter est en faveur de cette manière de voir.

L'état de sphacèle des fibromes interstitiels n'est pas d'une rareté très grande ; néanmoins, il ne nous a pas été donné d'en observer au cours d'énucléations par hystérectomie cervico-vaginale. A propos des interventions abdominales, nous avons parlé longuement de la pathogénie de ce processus anatomo-pathologique des fibromes interstitiels soit par infection, soit par ischémie, de la nécrose septique tardivement reconnue le plus souvent et dévoilée par des symptômes généraux de septicémie, de la nécrose aseptique très difficile à diagnostiquer aussi et traduite par de l'affaiblissement général, de l'anémie, de la cachexie, par des pertes sanieuses continues et des écoulements hydropurulents abondants. Le sphacèle putride est très grave et la mort par infection purulente avec abcès miliaires du foie, du rein, etc., (Delestre⁹¹) peut en être la conséquence. Agostini⁹² en rapporte un cas suivi de mort ; aussi conseille-t-il, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un fibrome s'accompagnant d'accès fébriles, de craindre la septicémie et de pratiquer l'hystérectomie. Ménière⁹³ a décrit l'inflammation aiguë des fibromes sous le nom de fibro-myosite ou de fibromite qui serait une complication survenant chez des femmes de 25 à 30 ans, ayant pour cause habituelle un traumatisme, se manifestant par des symptômes fébriles, des douleurs, avec suppuration pouvant se faire jour à travers le vagin, l'intestin, la vessie, etc. Quand on se trouvera en présence de faits semblables (sphacèle ou inflammation), il ne faudra guère songer à poursuivre l'énucléation vaginale, c'est à l'éradication totale qu'on devra s'adresser le plus souvent. Vautrin⁹⁴, qui a écrit une étude très intéressante de la question, préconise l'hystérectomie abdominale totale dans tous les cas ; à moins de volume trop considérable, l'hystérectomie vaginale nous semble plus rationnelle à cause des dangers moindres d'infection péritonéale, bien que Vautrin conseille l'oblitération du col pour l'hystérectomie abdominale. La voie basse, dans ce cas, présentera tous les avantages qu'elle offre pour les suppurations pelviennes en général. Dans les circonstances exceptionnelles où le sphacèle est assez limité, où une coque assez épaisse fait suffisamment barrière entre la cavité péritonéale et la loge évacuée de son fibrome mortifiée, on pourra tenter la conservation de la matrice, mais en ayant bien soin de drainer convena-

blement la poche non seulement avec des mèches légèrement antiseptiques, mais avec des tubes de caoutchouc dont une extrémité ressortira par le vagin.

3° Conditions tenant à des manœuvres et à des complications opératoires proprement dites.

Ce sont : *a*, l'hémorrhagie ; *b*, l'impossibilité topographique d'aller jusqu'au bout du morcellement et de l'énucléation ; *c*, la perforation utérine ; *d*, l'inversion utérine opératoire.

a) *L'hémorrhagie*. Nous n'en dirons que très peu de chose, puisque nous en avons déjà parlé à propos de la section cervico-vaginale et du suintement sanguin pariétal des loges. Nous rappellerons seulement ceci : c'est qu'une petite hémorrhagie peut passer inaperçue par suite de l'abaissement de l'utérus à la vulve ; il est vrai que pendant les manœuvres de morcellement la traction forcée sur les lèvres du col oblitère momentanément et par étirement les vaisseaux qui se remettent à donner dès que le tissu utérin est relâché. Nous ajouterons enfin que si une hémorrhagie nécessite une hémostase au début de l'opération, une fois l'énucléation terminée et l'utérus revenu en place, on peut enlever les pinces sans qu'alors l'hémorrhagie continue et sans même faire de ligature ou de suture du col ; cette application temporaire des pinces a été angiotripsique. Nous avons vu la chose plusieurs fois (voir à ce sujet l'observ. XVIII). L'hémorrhagie, en général, présente dans l'énucléation vaginale beaucoup moins de dangers que dans l'énucléation abdominale, pour la bonne raison qu'un suintement sanguin se faisant dans le péritoine est grave, parce qu'il peut, en souillant la séreuse, être le point de départ d'une infection péritonitique, parce qu'il est bien peu facile de s'en rendre compte rapidement, tandis que l'écoulement sanguin venant d'une loge et se faisant jour par le vagin sera aisément aperçu, en même temps que le péritoine est à l'abri ; car s'il y a effusion hémorrhagique, ce sera au moins une hémorrhagie dirigée et drainée pour ainsi dire.

b) *L'impossibilité topographique d'aller jusqu'au bout du morcellement et de l'énucléation*. Le cas peut se présenter. On comptait, il n'y a pas si longtemps de cela, sur l'élimination spontanée plus ou moins tardive du reliquat de fibrome sous une surveillance

plus ou moins antiseptique. Il va sans dire que cette chirurgie archaïque n'est plus digne.

Dans de telles circonstances on recourrait à la castration totale sans hésiter.

c) *La perforation utérine digitale ou instrumentale.* Elle n'a pas toujours empêché de maintenir la conservation de l'utérus et même avec succès. Nous avons cité le cas de Mickulicz. Péan⁹⁵ ne s'en inquiétait pas autrement et il lui est arrivé plus d'une fois d'ouvrir involontairement une loge fibreuse évacuée, dans le péritoine : il fermait par quelques points de suture. La réparation d'une lésarde dans la paroi utérine est possible, mais nous la considérons comme trop aléatoire et avec notre maître Segond nous optons plutôt pour l'hystérectomie vaginale immédiate.

Exemple : Le 13 mai 1897, Segond, chez une jeune femme de 28 ans porteuse d'un fibrome implanté dans la paroi postérieure de l'utérus, commence une hystérotomie cervico-vaginale bilatérale ; le morcellement marche à souhait, l'énucléation approche de sa fin, mais poursuivant l'extirpation complète aux ciseaux, en croyant régulariser la partie postérieure de la coque, il s'aperçoit qu'il vient de faire une légère perforation à la face postérieure de l'utérus ; il se voit réduit à terminer, à cause de cet incident opératoire, par l'hystérotomie vaginale, perdant ainsi le bénéfice d'une conservation de l'organe si près d'être réalisée. Autre exemple : Le 23 octobre 1897, Segond opère une femme de 44 ans ayant un fibrome utérin latéral, se développant entre les lames du ligament large et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Il morcelle en 8 fragments et énuclée par hystérotomie transversale préalable cette tumeur qui pèse 500 grammes, a une longueur de 8 centimètres et demi, une largeur de 5, une épaisseur de 4 centimètres. Mais à la fin, il s'aperçoit d'une trouée dans l'utérus donnant sur la cavité péritonéale ; il termine, séance tenante, par une hystérectomie vaginale. Il est à noter que tous ces essais infructueux de myomectomie vaginale que nous citons en passant, ont toujours favorisé singulièrement l'hystérectomie vaginale, qui, si elle se trouve être une suite obligée, apparaît comme une suite toute naturelle ; le morcellement qui aspirait à être conservateur devient préparatoire de l'opération radicale.

d) *L'inversion utérine opératoire.* Elle n'est pas rare cette complication, si tant est que nous l'appelions de ce nom, car sans affecter le paradoxe, on est autorisé à dire qu'elle présente, lorsqu'elle se produit, une utilité incontestable, à tel point même, que Segond, au lieu de l'éviter, la sollicite et cherche toujours à la réaliser pour faciliter les manœuvres d'extirpation. L'inversion utérine opératoire au cours de la myomectomie vaginale n'est donc pas pour notre maître une complication, mais un temps de l'opération. Nous ne parlerons que des cas sur lesquels nous sommes instruit : ils se rapportent tous à la pratique de Segond : deux cas se produisirent dans des tentatives de myomectomie vaginale par hystérotomie bilatérale suivies de castration totale, six autres aux cours de myomectomies menées jusqu'au bout ; ces dernières sont mentionnées dans nos observations (observ. VIII, XI, XIII, XIV, XVII, XXI), prêtées à notre ami Fresson pour son Mémoire sur l'inversion utérine.

D'après ce que l'on peut dégager de l'analyse de nos 8 cas, nous allons exposer : α , le mécanisme ; ϵ , les caractères physiques ; γ , les complications ; δ , la réduction de l'inversion utérine opératoire produite dans l'ablation, par le procédé de Segond, des fibromes interstitiels et sous-muqueux sessiles.

α) *Le mécanisme de l'inversion* tient à des causes prédisposantes qui dépendent de l'état de l'utérus et de son contenu fibreux, à des causes efficientes qui ressortissent à l'opérateur lui-même.

Causes prédisposantes tenant à l'utérus et au fibrome. En parcourant nos 6 observations où cette complication, auxiliaire d'ailleurs, est citée et 2 observations d'essai d'hystérotomie cervico-vaginale bilatérale où l'inversion eut lieu également (opérations du 28 février 1899 et du 16 décembre 1899), nous sommes frappé par ce fait, que dans ces 8 cas sans exception, il y eut incision cervico-vaginale large et bilatérale. Dans 6 observations où l'on fit simplement l'incision unilatérale, jamais l'inversion ne se produisit. Il est donc permis d'avancer que la discision bicommissurale profonde du col et du corps utérins joue le rôle important, presque *sine qua non*, dans le mécanisme de l'inversion.

En examinant nos 8 cas, au point de vue du siège du fibrome énucléé, nous remarquons que, sans exception, il s'agit de fibromes

du fond et surtout de la paroi postérieure de l'utérus (sur nos 49 observations sans inversion, 6 fois seulement, il s'agissait de tumeurs du fond ou de la paroi postérieure). On est donc autorisé à penser que le siège du fibrome n'est pas indifférent dans le mécanisme de l'inversion.

En scrutant encore nos 8 cas, au point de vue du volume du fibrome enlevé et du morcellement, nous voyons que nous avons affaire à des tumeurs du volume suivant : deux poings, grossesse de 3 mois, 540, 550, 700, 805, 835, 1 200 grammes pour lesquels la fragmentation fut multiple : 7, 9, 10, 13, 14, 14, 18 morceaux, ce qui fait un total de 75 morceaux, alors que pour un nombre égal d'observations (7) sans inversion, où le résultat du morcellement est mentionné, nous avons : 3, 3, 6, 7, 7, 8, 9 morceaux, ce qui fait un total de 43 morceaux seulement. Sans qu'on puisse nous reprocher d'apporter un esprit par trop mathématique dans une question de faits et d'observation, nous croyons pouvoir dire que dans un nombre identique de myomectomies compliquées d'inversion et de myomectomies non compliquées d'inversion, pour des tumeurs à peu près du même volume (du poing à 1 200 grammes pour les deux catégories), le morcellement est bien plus multifragmentaire dans les cas inversés, et, bien qu'il n'y ait là rien de tout à fait absolu, nous pouvons déduire que les manœuvres morcellaires prolongées augmentant le débit de l'évidement fibreux nous paraissent devoir entrer en ligne de compte dans la production de l'inversion, ce qui se comprend fort bien puisqu'elles expriment la multiplicité des efforts de traction et de décortication de la tumeur.

En résumé, nous considérons l'incision bicommissurale profonde de l'utérus, le siège haut ou postérieur du fibrome, la multifragmentation de la tumeur, comme causes adjuvantes, sinon nécessaires (incision du col) de l'inversion utérine opératoire. En tout cas, lorsqu'on rencontre un fibrome du fond, unique, gros, il faudra rechercher l'inversion qui sera une manœuvre fort utile.

Causes efficientes ressortissant à l'opérateur lui-même. De l'examen des 8 cas que nous possédons, il est aisé de constater que l'inversion se produit au moment où l'opérateur aboutit à la fin de sa tâche : elle la lui annonce même, car après des efforts variés d'évidement, d'insinuation digitale dans les plans de clivage capsulaires, de torsion, de traction, de décortication soit avec les instru-

ments, soit avec les doigts, il se produit vers la fin une sorte de dislocation, d'écroulement du bloc miné à sa base inférieure qui le fait échouer à la vulve. Si nous pouvions nous permettre une comparaison, nous dirions volontiers que : le soutien fibreux étant sapé dans sa masse, le tout s'effondre à un moment donné entraînant la voûte musculaire de la loge à travers l'ouverture béante et considérable produite par l'hystérotomie bicommissurale. Le rôle de cette incision bilatérale est capital, parce qu'elle a supprimé pour ainsi dire le cran d'arrêt, ce qui favorise la chute totale de l'utérus inversé : la preuve, c'est que nous n'avons jamais observé d'inversion dans l'hystérotomie unilatérale. Dans tous les cas, cette complication s'est produite au moment où l'on tirait et l'on cherchait à énucléer le restant du fibrome adhérent à la coque utérine. On peut dire que l'inversion opératoire est à la fois une inversion de force et de faiblesse : de force, par les tractions du chirurgien ; de faiblesse, par la disparition d'appui fibreux pour la coupole musculaire très amincie souvent. Une seule fois (observ. XVII), l'inversion ne se produisit pas en extirpant le dernier morceau adhérent à la coque ; elle se manifesta quand tout le fibrome eut été extirpé, comme un ballon crevé qui s'affaisserait par son hémiphère supérieur et se retournerait.

β) *Les caractères physiques de l'inversion.* L'inversion est facile à distinguer très généralement d'avec un restant de fibrome qui descendrait pendant un effort de traction. L'important est d'être prévenu de cette complication fréquente, puisqu'elle se produit dans presque un tiers des cas. On la soupçonnera aisément par la différence de coloration avec le tissu fibreux, par la consistance molle et fuyante. Peut-être aurait-on quelque hésitation si l'on avait affaire à un myome pur dont l'aspect charnu et rougeâtre ne se distingue pas beaucoup du parenchyme utérin, ou encore quand la coque se présente en tractus blanchâtres épais, déguisant le tissu musculaire immédiatement sus-jacent, et faisant croire qu'on a encore devant soi du fibrome. D'ailleurs les signes classiques de l'inversion obtenus par le toucher et le cathétérisme vésical lèveront tous les doutes ; il suffit que la question soit posée. Cependant, Mundé⁹⁶ a signalé un cas où les signes de l'inversion furent rendus très obscurs par l'adiposité très grande de la malade. Nous avons dit plus haut que l'inversion opératoire n'est pas une véritable

complication, qu'elle est même utile; en effet, elle permet de se rendre un compte très exact, par la vue, de l'état de la cavité fibreuse évacuée, d'en passer une inspection rigoureuse avant la réduction. Dans certains cas, elle a offert la démonstration évidente, donné le témoignage oculaire immédiat de la valeur de l'énucléation en montrant la netteté des parois, amincies au niveau de la tumeur enlevée, d'épaisseur normale du côté opposé; elle a toujours été l'occasion d'un examen complet de l'utérus assurant qu'il ne recélait pas d'autres noyaux fibreux.

γ) *Les complications de l'inversion.* On pourrait surtout s'attendre à ce qu'il y ait à ce moment une hémorrhagie considérable. Il n'en est rien le plus souvent : il arrive même que l'utérus inversé se présente presque exsangue. Il y a un suintement sanguin en nappe insignifiant, voilà tout. Dans l'observation VIII, il y eut une hémorrhagie le soir même de l'opération, mais l'utérus avait été réduit, le col non suturé : l'inversion n'en était certainement pas la cause. Dans l'observation XXI, il y eut une hémorrhagie également, mais ayant son origine au niveau d'une des commissures de section. L'inversion ne comporte jamais ici la gravité si grande qu'elle présente dans la puerpéralité. En somme accident pas grave, utile le plus souvent même : elle exige seulement une certaine attention et une certaine pondération pour éviter de trancher à la hâte ce qui dépasse, dans la croyance erronée d'un fragment fibreux.

δ) *La réduction de l'inversion.* En dehors des manœuvres de traction et de décortication, si l'incision hystérotomique bilatérale profonde est la principale cause de l'inversion, elle est en même temps la condition la plus efficace de sa réduction; elle est à la fois le mal et le remède. Nous en avons vu la preuve naturelle une fois (observ. XXI); l'inversion produite après un assez long morcellement, nous vîmes une tendance manifeste de l'utérus inversé à se réduire spontanément. Il serait puéril de montrer ici comment on doit procéder à la réduction; on rentre l'utérus en le retournant avec précaution, c'est tout; il faut avoir soin de laver avec de l'eau stérilisée, du sérum, ou de l'eau oxygénée la cavité utérine et la loge extériorisées avant de les réduire. Nous insisterons seulement sur deux petits points qui ne sont pas

négligeables. Au lieu d'introduire les mèches intra-utérines et intra-oculaires une fois l'inversion réduite, il n'est pas mauvais de les appliquer tout d'abord dans les anfractuosités de la surface éversée, puis de refouler le tout; elles se trouvent ainsi bien mieux dirigées et se placeront toutes seules (observ. XXI). De plus, il est important de ne pas tirer sur les pinces à préhension placées sur les lèvres du col depuis le début de l'opération; il faut les laisser aller dans la profondeur du vagin à mesure que l'on pousse le fond éversé; en tirant à la vulve les pinces qui fixent le col on rendrait la réduction presque impossible; cette manœuvre est connue des accoucheurs dans l'inversion puerpérale et le P^r Pinard l'a bien mise en valeur. Nous terminerons ce chapitre de l'inversion opératoire en faisant remarquer que dans nos 8 cas, Segond ne fit aucune réfection du col, aucune suture. Du reste l'involution utérine et le pansement intra-utérin mettent à l'abri d'une récurrence de l'inversion. Dans le cas où l'inversion serait irréductible, ce que nous ne croyons pas devoir jamais arriver, on terminerait par hystérectomie vaginale, au lieu d'aller aggraver le pronostic de l'opération par l'opération abdominale de Gaillard Thomas, ou l'hystéropexie abdominale de Marc. Baudouin.

4^e Conditions tenant à l'état des organes voisins.

Le rectum, la vessie principalement sont quelquefois déplacés dans le cas de fibromes. Dans certaines opérations abdominales ils peuvent par leur disposition nouvelle, leurs changements pathologiques venir compliquer l'acte opératoire. Nous en avons parlé aux interventions conservatrices par la voie abdominale. Ici, la situation acquise par la vessie dans un fibrome de la paroi antérieure, par exemple, n'est pas chose qui puisse embarrasser, parce que l'opération de Segond n'est pas de celles qui s'adressent à des fibromes pouvant entraîner des déformations vésicales importantes. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans les observations que nous apportons et dans tous les autres cas où un essai de myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale latérale a été tenté, il n'y a jamais eu aucun traumatisme de la vessie et de l'uretère, jamais de fistules urinaires comme on en observe de temps à autre après l'hystérotomie vaginale. C'est là, parmi tant d'autres, un caractère de bénignité de plus qu'il faut reconnaître à ce procédé. Il est impossible qu'il en soit autrement.

Il est un point de technique très intéressant, tenant à l'état des annexes de l'utérus, qu'il importe de bien connaître afin de ne point se laisser troubler outre mesure, si l'éventualité venait à se produire. Nous voulons parler de la solution opératoire à laquelle on doit se résoudre en cas d'une erreur de diagnostic portant, non sur le *siège* d'une tumeur supposée interstitielle, mais sur sa *nature*, ainsi qu'il arrive lorsqu'une collection annexielle est assez dure et assez fusionnée avec le corps utérin, pour qu'on la confonde avec un fibrome interstitiel et qu'on se mette en mesure de la morceler. Ceux qui n'ont pas en main cette chirurgie spéciale pourraient craindre de se trouver en mauvaise posture. Mais il faut bien savoir que cette crainte n'est pas justifiée et qu'il est aisé de terminer au mieux l'intervention. Nous n'en voulons pour preuve que les deux faits suivants que nous eûmes l'occasion d'observer auprès de notre maître Segond; voici le premier qu'il a rédigé ainsi lui-même : « Le 18 mars 1899, à la Salpêtrière, « j'opère une femme de 37 ans, à laquelle, 3 mois avant, le « 3 décembre 1898, j'avais enlevé un polype fibreux gros comme « une petite pomme et implanté sur la paroi antérieure de la « cavité du corps par un étroit pédicule. Lors de cette première « opération, j'avais, en outre, cru à l'existence d'un fibrome « interstitiel du corps, assez volumineux pour s'élever jusqu'à « deux travers de doigt de l'ombilic. Mais, comme la patiente « était très infériorisée par d'abondantes métrorrhagies, j'avais « considéré comme prudent de me borner à l'ablation du polype « et de remettre à plus tard le reste de l'intervention nécessaire. « Suivant mes prévisions, les pertes ont cessé, l'état général s'est « relevé, et, le 18 mars 1899, j'ai pratiqué l'hystérotomie cervico- « vaginale bilatérale pour me frayer un passage jusqu'à la volumineuse tumeur que je croyais, à la fois, fibreuse et interstitielle. « Or, voici comment les choses se sont passées : les deux valves « utérines résultant de la double section cervicale étant bien « écartées, j'ai plongé l'index gauche jusqu'au fond de la cavité « utérine, avec l'intention de dénuder, en quelques coups d'ongle, « le tissu de ce que je prenais pour un fibrome. Le pôle supérieur « de la masse remontait jusqu'à deux travers de doigt de « l'ombilic étant bien soutenu par la main droite, le travail de « l'index gauche était fort simple. J'ai donc aisément déchiré la « couche musculo-muqueuse qui me séparait de la masse dure ;

« mais, au lieu de tomber sur du tissu fibreux, j'ai senti s'effondrer
« une sorte de coque parcheminée, et un flot de pus fétide s'est
« écoulé. Bref, la prétendue tumeur fibreuse était un gros abcès
« annexiel dans lequel j'avais pénétré par la déchirure de toute
« l'épaisseur de la paroi utérine. En présence de cette découverte
« imprévue, la conduite à suivre était simple. J'ai pratiqué l'hysté-
« rectomie vaginale séance tenante; tout s'est terminé pour le
« mieux, sans que l'hystérotomie cervico-vaginale préliminaire
« ait, en aucune façon, compliqué les manœuvres de l'hysté-
« rectomie, et la malade a très bien guéri. Quant aux pièces, elles
« se présentaient sous l'aspect suivant : l'utérus, dont la cavité
« mesurait 9 centimètres de hauteur, contenait seulement trois
« fibromes interstitiels gros, chacun, comme une noix. Les
« annexes droites étaient remplacées par une vaste poche puru-
« lente qui coiffait en quelque sorte le fond et toute la face posté-
« rieure de l'utérus. La trompe gauche était, elle aussi, remplie
« de pus, mais les annexes de ce côté ne formaient qu'une masse
« grosse comme une prune et indépendante de l'utérus. »

Voici maintenant le deuxième fait à peu près semblable, que nous vîmes en aidant notre maître à Baudelocque, le 10 mai 1899. Il s'agissait d'une femme de 28 ans, ayant eu des métrorrhagies. Son utérus, très mobile, paraissait former une masse dure, globuleuse, remontant à mi-chemin du pubis à l'ombilic; tandis que les annexes gauches accessibles et augmentées de volume étaient peu douloureuses, les annexes droites ne pouvaient être reconnues au toucher qui était cependant très douloureux à leur niveau. Le diagnostic qui s'imposait presque était celui d'un fibrome interstitiel compliqué d'un certain degré d'annexite. Malgré l'existence bien probable de lésions annexielles, comme elles ne semblent pas très considérables et que la femme est jeune, Segond penche en faveur d'une chirurgie aussi conservatrice que possible et pratique l'hystérotomie cervico-vaginale bilatérale avec l'intention d'enucléer par morcellement ce qu'il croyait être un fibrome. Il plante le tire-bouchon et celui-ci *tient* assez solidement, il plante alors le bistouri pour enlever un cône de la tumeur, aussitôt un flot de pus s'écoule. Segond a donc ouvert l'utérus et vidé par la cavité utérine une suppuration pelvienne. Séance tenante, il procède à l'hystérectomie vaginale qui fut laborieuse. Le soi-disant fibrome était une collection purulente des annexes droites dont les parois

tamenteuses fixées par des adhérences intestino-épiploïques très intimes ont été fort difficiles à décortiquer. L'utérus, un peu gros, ne présentait pas trace de fibrome. Les annexes gauches étaient augmentées de volume mais non suppurées. L'opérée sortait parfaitement guérie de Baudelocque 23 jours après.

Soins consécutifs. Suites normales. Complications post-opératoires.

Nous examinerons les soins consécutifs habituels, les suites normales, puis les complications post-opératoires.

1° Soins consécutifs habituels.

Ils concernent l'état de faiblesse pouvant suivre l'opération, l'ablation des pinces à demeure quand on a dû y avoir recours, le moment et la nature du premier pansement, les pansements consécutifs, les moyens de favoriser l'involution utérine.

État de faiblesse pouvant suivre l'opération.

Si la malade, à la suite d'une opération qui a été laborieuse ou prolongée, a perdu du sang, se trouve en état de shock ou est simplement faible, on lui administrera des injections de sérum par la voie sous-cutanée ou veineuse suivant l'urgence, on lui fera des piqûres d'ergotine, d'éther ou de caféine suivant les circonstances, on la rechauffera avec des boules d'eau chaude. Cet état de shock ne s'est présenté que très rarement dans nos observations, bien qu'on ait eu affaire à des femmes quelquefois très anémiées et même cachectisées. Une seule fois, immédiatement après l'intervention, on eût quelque préoccupation à ce sujet (voir observ. XI) : on administra à la malade du sérum et de l'ergotine ; la myomectomie avait duré une heure et il s'agissait d'un fibrome de 850 grammes, enlevé en 10 morceaux avec manœuvre opératoire d'inversion utérine ; elle guérit d'ailleurs.

Nous dirons en passant, à propos des injections d'eau salée, quelques détails que nous jugeons intéressants. Les uns, à la suite des expériences de Dastre, Loye, Hayem, et des essais de Delbet, Lejars, Tuffier, etc., etc., ont cherché à établir la supériorité de l'injection intra-veineuse sur l'injection sous-cutanée ou inversement. Pour ce qui nous concerne, nous conseillons, à moins d'urgence grande nécessitant le relèvement rapide de la pression

sanguine rapide et l'excitation cérébrale et cardiaque par l'injection massive dans les veines, de recourir à la voie sous-cutanée plus facile, et qui agit aussi bien comme hémostatique, puisque la solution de chlorure de sodium à 7 pour 1000, sorte de sérum physiologique, augmente la coagulabilité du sang (Hayem, Duret, L. Fourneaux⁹⁷, Vigour⁹⁸, etc.). Sans même qu'il y ait shock ou perte sanguine abondante, il sera bon de faire, dans tous les cas, après l'opération, une injection de 250 grammes de sérum. Il est prudent de ne pas faire la transfusion de sérum avec un liquide porté à une trop haute température (Reynier⁹⁹ en a rapporté un exemple suivi de mort); d'ailleurs Lépine¹⁰⁰ (de Lyon) a démontré l'innocuité des injections d'eau salée à très basse température. Nous rappellerons aussi que le professeur Debove a signalé l'hyperthermie consécutive à ces injections en dehors de toute infection et chez des malades apyrétiques antérieurement. Vautrin¹⁰¹ a publié quelques cas, également, d'hyperthermie dans les mêmes conditions à la suite d'opérations gynécologiques : la température s'éleva à 40° après chaque injection sous-cutanée de sérum. Il est bon d'être averti de cette éventualité pour interpréter, dans ces circonstances, si l'élévation thermique ressortit à des phénomènes infectieux au début ou à l'injection salée. Naturellement, on devra être plutôt pessimiste et craindre l'infection. Ceci nous amène à parler de l'intolérance de certaines malades à l'égard des injections sous-cutanées de sérum : chez une malade de Segond (voir observ. XXIV), chaque injection de sérum était suivie de troubles généraux et d'une élévation de température à 40°, malgré les soins aseptiques pris, ce qui priva le chirurgien d'une ressource précieuse pour combattre l'extrême faiblesse de la malade, d'ailleurs cachectisée avant l'opération. Chez les artérioscléreuses, chez les thrombosiques, les phlébitiques, on devra les éviter. Précisément la malade, dont nous venons de parler, eut une phlébite qui contre-indiquait d'autant plus ce moyen thérapeutique.

L'ablation des pinces à demeure laissées, d'ailleurs, par exception.

Nous n'avons que deux cas (observ. XXI et XXIV) où des pinces à demeure furent laissées sur une petite branche de l'utérine. Dans le premier, on les enleva 48 heures après; dans le deuxième, 24 heures seulement après. Du reste, leur rôle n'a pas ici la même importance que dans l'hystérectomie, aussi peut-on procéder à leur

enlèvement plus précoce. Il faut noter qu'on doit les ôter sans retirer le pansement, à moins de nécessité, et ce sera facile, si l'on s'est servi des longues pinces de Kocher du modèle de Segond, qui sont étroites, légères et tiennent peu de place. En les retirant avec précaution, sans trop ouvrir les mors et avec de petits mouvements de demi-rotation sur leur axe, on ne provoquera pas une nouvelle hémorrhagie et l'on ne dérangera pas les mèches utéro-vaginales.

Le moment et le mode du premier pansement.

Le premier pansement qui suit l'opération est fait ordinairement le huitième jour, s'il n'y a eu aucun incident et aucune crainte d'infection (voir en particulier les observ. XV, XVI, XVII où il s'agissait de fibromes de 600 grammes, d'un kilogramme, de 805 grammes; dans l'observ. XVII, il y avait même eu un morcellement en 18 fragments et inversion utérine; ces cas importants par leur volume et les manœuvres qu'ils ont exigé montrent bien la possibilité de suites tout à fait normales). On ne touchera donc au pansement que le plus tard possible. Dans certains cas, ce premier pansement a été exécuté le 6^e, le 7^e, le 8^e, le 9^e et le 10^e jour. Une circonstance, en dehors de l'infection, peut obliger à le faire plus tôt : c'est quand on a fait un tamponnement intra-utérin considérable; ainsi, dans l'observation XXI, on enleva le 3^e jour les 12 mèches intra-utérines tassées à la fin de l'opération et on les remplaça par deux mèches seulement; rien ne saurait mieux prouver, soit dit en passant, l'involution rapide de l'utérus après la délivrance fibreuse.

Le premier pansement consiste à enlever les mèches vaginales et intra-utérines et, avec une petite compresse ou éponge montée sur pince, à essuyer doucement les parois des loges fibreuses et de la cavité de l'utérus afin d'en ramener les petits caillots ou débris en voie d'élimination, puis, cette détersion faite, à faire une injection d'eau stérilisée à 45° ou d'eau alcoolisée, camphrée ou oxygénée. Cette injection intra-utérine sera faite à faible pression, bien entendu, et avec une canule en verre à extrémité olivaire, ce qui est beaucoup plus simple, plus propre et moins dangereux qu'avec les autres instruments habituels. On attendra que le liquide ressorte clair. On assèche ensuite l'utérus et le vagin de façon à ne pas laisser stagner le liquide. Il faut dire que ces irrigations intra-utérines chaudes sont non seulement détersives, mais en même

temps favorisent nettement la contraction et l'involution de l'utérus. Enfin, on renouvellera les mèches qu'on aura bien soin de caser dans les différentes anfractuosités de l'utérus de façon à bien assurer leur drainage : c'est très important ; il est utile de ne pas trop les tasser : ce pansement doit, si nous pouvons dire, être plein et mou. Le plus souvent, on remet un nombre de mèches bien inférieur à celui qui avait été introduit lors de l'opération : ainsi dans un cas on n'en remet qu'une à la place de trois rouleaux de gaze placés pendant l'intervention ; dans l'observation XXI, on remplaça douze mèches par deux seulement. Exceptionnellement, ce premier pansement consistera à débarrasser vagin et utérus, à laver ce dernier, sans renouveler le pansement et à mettre la malade aux injections vaginales simples, à raison de 3 par jour : on fit de cette manière, dès le 9^e jour, dans l'observation XX. Mais alors, il faut surveiller de près la malade.

Ces pansements sont simples, et il est inutile de faire une antiseptie folle qui pourrait produire des accidents d'intoxication (jadis quelques chirurgiens, après énucléation, mettaient à la place du fibrome une éponge imbibée d'alcool pur (Larrivé¹⁰²), ou bien pratiquaient des injections vaginales d'eau phéniquée forte suivies d'applications de compresses également phéniquées sur la vulve (Krassowski¹⁰³. Dezanneau¹⁰⁴) : une lame de ouate pré-vulvaire maintenu par un bandage en T suffira.)

Il est parfaitement inutile de laisser une sonde à demeure. On sondera la malade les premiers jours, si c'est nécessaire, avec propreté. On surveillera à ce sujet. Dans notre observation XXIII, la malade eut un peu d'urétrite due, peut-être, à un cathétérisme douteux.

Les pansements consécutifs.

Ils sont variables suivant les circonstances. Ordinairement, le premier pansement consécutif à l'opération est laissé en place pendant 3 à 4 jours, et la malade est mise aux injections vaginales simples du 12^e au 14^e jour. A l'occasion du deuxième pansement on enlèvera les parties de catgut non résorbé si l'on a fait la suture du col. Une de nos malades (observ. XV) chez laquelle l'opération avait été pourtant laborieuse et quelque peu sanglante (fibrome de 600 grammes, morcellement en 6 fragments) eut des suites si normales qu'elle ne dut subir que deux pansements

(le premier, le 10^e jour; le deuxième, le 16^e jour), et qu'elle se levait le 19^e jour.)

Les moyens de favoriser l'involution utérine.

Les vieux chirurgiens, après Amussat et Péan, ont souvent, à la suite de cette opération, donné de l'ergot de seigle, non simplement pour prévenir ou arrêter l'hémorrhagie qui pouvait suivre la myomectomie, mais pour favoriser un retour plus rapide de l'utérus à ses dimensions normales. Dezanneau donnait même préventivement du sulfate de quinine. Particulièrement dans un cas (observ. VIII), à la suite du premier pansement, on administra pendant 10 jours des injections d'ergotine Yvon, mais elle ne parut pas être un auxiliaire de valeur pour obtenir une régression plus rapide du muscle utérin après l'évacuation du fibrome; aussi Segond l'a-t-il abandonnée.

2° Les suites normales.

Les suites furent normales dans la majorité de nos observations, sans l'ombre d'incident et absolument apyrétiques.

L'involution utérine a été souvent constatée (au toucher et à l'hystéromètre) rapide et complète dès le 10^e jour; en tout cas, trois semaines, un mois, deux mois après, l'utérus était compact, de volume ordinaire, mobile et non douloureux.

Les commissures cervicales, toutes les fois, nombreuses du reste, où elles n'ont pas été suturées, se sont vite cicatrisées, ne laissant au bout de peu de temps que deux petites encoches latérales.

Les malades se sont levées du 19^e au 20^e jour en moyenne et ont pu quitter l'hôpital ou la maison de santé, trois semaines, 23 jours, un mois en moyenne après l'opération.

L'apparition des premières règles a été variable dans les cas où nous avons pu avoir quelques renseignements à ce sujet. Une fois (observ. XX), elles apparurent 26 jours après l'opération, elles durèrent 3 jours, furent normales comme quantité, et non douloureuses; une autre fois (observ. XXV), elles se montrèrent 32 jours après également, furent d'abondance moyenne et non douloureuses; dans un autre cas (observ. XVII), elles firent leur apparition 33 jours après: elles furent un peu abondantes, mais pas douloureuses; quant aux règles suivantes, elles devinrent tout à fait normales. Dans un cas (observ. XXII), la restauration mens-

truelle se fit probablement vers le 43^e jour, marquée par quelques douleurs abdominales, suivie d'un léger écoulement sanguin qui les fit disparaître. Dans une dernière observation (observ. XIII), les règles attendues ne parurent pas, mais se manifestèrent seulement par des douleurs abdominales qui durèrent quelques heures.

3° Les complications post-opératoires.

Ces complications sont : 1° ou précoces, satellites de l'opération ; 2° ou tardives, éloignées.

1° *Complications post-opératoires précoces.*

Nous voulons parler des hémorrhagies secondaires, des perforations secondaires, des infections utérines ou para-utérines.

Les hémorrhagies secondaires ne se sont jamais produites dans les cas que nous rapportons : cela n'a rien d'étonnant quand on a pris les précautions nécessaires d'asepsie, et d'ailleurs l'opération ne les comporte guère. Si elles venaient à se produire, il n'y aurait qu'à bien déterger l'utérus, pincer ce qui saigne et faire un nouveau pansement légèrement antiseptique. Si une hémorrhagie profuse, en nappe, se produisait à la surface interne des loges, on pourrait les badigeonner avec une solution consistant en un mélange d'anti-pyrine et de salol à chaud recommandée par Labadie-Lagrave, qui a remarqué que ses applications n'étaient nullement douloureuses et arrêtaient d'une façon efficace les hémorrhagies utérines. On pourrait également utiliser les propriétés coagulantes et hémostatiques de la gélatine, découvertes par Dastre et Floresco¹⁰⁵, expérimentées par Camus et Gley, Laborde, Huchard, Lancereaux, Carnot¹⁰⁶, Bertino¹⁰⁷, etc. J.-A. Lachâtre¹⁰⁸ recommande de laver la cavité utérine à la solution iodo-iodurée dans les métrorrhagies, puis d'injecter une solution de gélatine à 10 p. 100 dans l'eau salée physiologique. Par expérience, il nous a été donné de constater que les pansements gélatinés, dans des circonstances à peu près analogues, ne donnaient pas toujours des résultats bien brillants. Il faudra d'ailleurs en user avec circonspection, car ils peuvent déterminer des accidents, ainsi que l'a démontré notre collègue Carnot¹⁰⁹ : « On n'a pas le droit d'abandonner dans un milieu septique de la gélatine simplement stérilisée... Des accidents plus ou moins graves pourraient en être la conséquence : dans un cas de tamponnement vaginal à la gélatine pour infection utérine, elle

détermina des eschares énormes : la gélatine par elle-même est absolument inoffensive, mais abandonnée dans le vagin, elle s'était ensemencée et une culture formidable avait donné naissance à des accidents locaux... Dans les cas infectés ou susceptibles de l'être, il faut employer une gélatine non plus simplement aseptique, mais antiseptique. » Nous pensons qu'un bon tamponnement bien sec, après nettoyage sérieux de l'utérus, sera encore ce qu'il y a de mieux, si on se trouvait en présence de telles hémorrhagies.

Les perforations utérines secondaires, au niveau des parois amincies des loges fibreuses, par sphacèle, qui ont été reprochées à la myomectomie vaginale par morcellement par quelques auteurs, doivent être bien rares : nous n'en avons signalé aucune dans nos observations. Il n'y a là rien qui doive surprendre : on n'a qu'à rappeler la puissance contractile du muscle utérin et l'involution rapide de la matrice après les énucléations.

Les infections utérines ou para-utérines. — Ces infections se localisent à l'utérus, s'étendent au péritoine ou se manifestent à distance.

Il y a dans nos observations 8 cas où il y eut élévation de la température, après l'opération, pouvant manifester un commencement d'infection de la plaie utérine. Mais, sur ce nombre, il en est trois (observ. XI, XIII, XIX) où cette ascension ne fut nullement inquiétante et ne s'accompagna pas d'autres phénomènes fébriles : elle n'exigea pas le renouvellement immédiat du pansement ; dans l'un, il s'agissait d'une malade très cachectique avant l'intervention : rien de surprenant qu'elle ait présenté une certaine réaction à la suite de la myomectomie, qui fut d'ailleurs laborieuse (observ. XI : fibrome de 850 grammes, inversion). On peut donc les éliminer.

Dans un autre cas (observ. XXIV), il y eut, dès le lendemain de l'opération, une température de 39° : il s'agissait d'une malade à laquelle Segond avait enlevé un fibrome postérieur d'un kilogramme ; et elle était antérieurement d'une faiblesse extrême. Elle se remit parfaitement cependant.

Dans les observations VI et VII, la température s'élève dès le 2^e et le 3^e jour, il y a du ballonnement abdominal et des douleurs : il n'est point douteux qu'il s'agit d'une infection intra-utérine. On enlève le pansement, on lave l'utérus, on le draine de nouveau et la température tombe immédiatement. Dans le cas VI, un flot de

pus s'écoula lorsqu'on eut retiré les mèches. Ces deux malades guérirent fort bien. La myomectomie, chez ces deux femmes, n'avait cependant pas été particulièrement difficile. Toujours est-il que, dès le début de l'infection, on devra repanser la malade sans tarder.

Dans les observations XIV et XXV, la température ne fit son apparition qu'au 8^e et 6^e jour après le premier pansement, et nous pensons que l'on doit incriminer ce dernier comme cause de cet état fébrile. La malade de l'observation XIV mourut trois semaines après l'opération (c'est le seul cas de mort de la pratique de Segond), alors que tout avait été à souhait pendant les huit premiers jours : pendant les deux semaines qui précédèrent sa fin, elle eut des accès fébriles mal déterminés, sans aucun signe de réaction péritonéale ou annéxielle; elle était, il est vrai, paludéenne; malgré cela, nous aurions davantage tendance à penser à une infection tardive, à allure torpide, à point de départ utérin, car le premier pansement n'a peut-être pas réalisé toutes les conditions essentielles que nous préconisons, c'est-à-dire : le renouvellement des mèches, leur application dans les diverses cavités désahabitées, avant le moment, bien réfléchi, d'abandonner l'utérus vide de tout tamponnement et bien revenu sur lui-même à son volume à peu près normal.

Il est évident qu'en même temps que l'on s'occupera de l'état local, dans les cas d'infection, on s'adressera aussi à l'état général, par des injections de sérum, l'administration de toniques, etc.

Il est une autre complication infectieuse qu'il nous faut mentionner, complication à distance, celle-ci : nous voulons parler de la phlébite. Chez la malade de l'observation XXII, il y eut une légère phlébite de la jambe gauche guérie assez rapidement par l'immobilisation du membre sur plan incliné et par l'application de compresses de chlorhydrate d'ammoniaque (cette femme avait eu jadis 5 grossesses). — Chez la malade de l'observation XXIV, il y eut une périphlébite de la jambe gauche qui guérit aussi. (Cette femme était très affaiblie avant l'opération et elle avait eu déjà deux atteintes de phlébite à la suite d'accouchements antérieurs.)

Et, puisque nous parlons de cette complication, rappelons aussi ce que nous avons dit, aux chapitres des myomectomies abdominales, à propos de l'embolie pulmonaire qui ne serait pas rare

chez les fibromateuses récemment opérées (Th. Wyder, A. Martin, G. Michel, etc.). Répétons la formule de Th. Wyder : quand deux à trois jours après l'opération (hystérectomie ou myomectomie), on constate un pouls fréquent alors que les signes de septicémie font défaut et que la température reste normale, il faut soupçonner une thrombose phlébitique profonde et craindre l'embolie. On devra donc être plus spécialement prudent et même s'abstenir momentanément de l'opération si l'examen consciencieux de l'appareil circulatoire montre des membres inférieurs œdématisés, des veines douloureuses, de la fréquence et de la mollesse du pouls. Si cette complication terrible n'entraînait pas une mort subite, on obligerait la malade au repos le plus absolu, on administrerait au besoin pour cela des narcotiques, enfin on soutiendrait l'énergie cardiaque par des injections de caféine ou de camphre.

2° *Les complications post-opératoires lointaines.*

Nous parlerons, d'après la pratique de Segond : 1° des lésions annexielles ; 2° de la récurrence fibreuse, qui exigèrent une opération complémentaire, ici : l'hystérectomie vaginale.

Lésions annexielles bilatérales. Dans deux cas (observ. I et XXIII) existaient, avant l'hystérotomie cervico-vaginale, des lésions annexielles dûment constatées. Mais les malades qui en étaient atteintes étaient extrêmement affaiblies par des pertes abondantes et anémiantes. Une opération radicale eut pu être aléatoire ; il fallait donc aller à l'indication la plus pressante : à l'arrêt des métrorrhagies en pratiquant l'ablation du seul fibrome, avec le minimum de dangers pour la malade, quitte à espérer pour plus tard et par des moyens médicaux, la régression de l'annexite ou sinon à reculer une castration totale faite dans de meilleures conditions. Segond en vint à cette solution dans les deux cas : il hystérectomisa la première malade 4 ans après, la deuxième un an après. Mais si l'annexite, au lieu de préexister à l'hystérotomie cervico-vaginale, se manifestait quelque temps après cette opération, il ne faudrait pas pour cela rendre responsable la myomectomie par hystérotomie bicommissurale : cette intervention n'a pas la prétention de conférer l'immunité contre les infections consécutives, gonococciques, puerérales ou autres.

Récurrence fibreuse. A nous en tenir aux 25 observations consignées à la fin de ce travail, on peut conclure qu'elle est rare,

puisqu'elle n'a été observée qu'une fois. (Observ. II) : il s'agissait d'une femme de 34 ans chez laquelle Segond avait enlevé par myomectomie vaginale un fibrome gros comme le poing et qui présentait par places de la dégénérescence kystique. Treize mois après il dut faire l'hystérectomie vaginale pour récurrence qui ne s'est d'ailleurs pas reproduite : la malade vient d'être revue en très bonne santé 11 ans et demi après.

Restent donc 24 observations dont une remonte à 1886 et les autres portent sur une pratique des trois dernières années. Certainement, il serait prématuré d'en tirer des conclusions fermes au point de vue de la récurrence. Nous nous contenterons de citer deux faits de cette statistique : dans l'un (observ. II), Segond fit une hystérectomie vaginale consécutive à une hystérotomie, 4 ans après, mais pour lésions annexielles : l'examen des pièces ne montra point de nouveaux noyaux fibreux en évolution, alors qu'à la première opération on avait enlevé un fibrome du fond gros comme le poing ; dans l'autre (observ. XXIII), Segond fit une hystérectomie vaginale consécutive à une hystérotomie, 1 an après, mais pour lésions annexielles : l'examen des pièces ne montra pas non plus de nouveaux noyaux fibreux en évolution, alors qu'à la première opération on avait enlevé un fibrome de la paroi antérieure gros comme une orange. La plupart des autres malades ont été revues par Segond bien portantes.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

La chirurgie conservatrice de l'utérus et de ses annexes, dans le cas de fibromes, étant admise comme ayant droit de cité gynécologique à côté de la chirurgie, nous ne dirons pas radicale, mais mutilatrice, (car la chirurgie visant la maladie seule est aussi radicale que conservatrice) et la voie vaginale se présentant comme toute naturelle pour la réaliser, n'ayant pas l'inconsidération prosélytique de proclamer cette dernière unique et comme pouvant s'adresser à tous les cas sans exception, nous devons examiner à quelle variété topographique et morphologique, à quel volume, à quel nombre de fibromes, à quelles conditions concomitantes des lésions voisines et dans quelles circonstances particulières tenant à l'état général des malades, s'adresse l'énucléation avec ou sans

morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale selon le procédé de Segond.

Indications.

La situation des fibromes.

Nos observations montrent que la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale s'adresse d'une façon générale à tous les fibromes sous-muqueux sessiles, interstitiels, et à beaucoup qui sont par leur développement à la fois aussi bien sous-péritonéaux sessiles que sous-muqueux. Elles montrent plus particulièrement qu'elle est applicable à des fibromes de la paroi postérieure (9 cas), de la paroi antérieure (6 cas), à des fibromes antéro ou postéro-latéraux (6 cas), à des fibromes du fond (3 cas), des cornes utérines (1 cas). Le siège de ces tumeurs importe donc assez peu dans l'indication de ce procédé.

Le volume des fibromes.

Le procédé de Segond lui a permis d'extraire des fibromes ayant atteint des proportions considérables, c'est ainsi qu'il a opéré des tumeurs de 700, 805, 835, 850, 900, 980, 1 000, 1 200 grammes. La plus petite qu'il a extirpé pesait 25 grammes et avait le volume d'une noix. Nous avons vu plus haut, que, même par hystérotomie unilatérale seulement, on avait pu retirer, dans 6 cas, des fibromes dont le volume variait de celui d'une orange à celui de deux poings. Nous avons dit aussi, avec chiffres à l'appui, que ce n'était pas la plus grosse tumeur qui exigeait constamment le morcellement le plus divisé.

Nos observations, où sont dessinés les rapports des fibromes avec les parois abdominales nous font voir que le niveau de l'ombilic a été plusieurs fois atteint; d'ailleurs les fibromes qui atteignent ce point de repère ne sont pas toujours les plus considérables, et puis, ce n'est pas toujours le bloc fibreux qui arrive à ce niveau: c'est quelquefois l'utérus qui surmonte le fibrome plus gros et bien plus bas situé que lui, absolument comme une calotte de clown sur une grosse tête. Nous pouvons conclure que le volume du néoplasme, à moins qu'il ne dépasse certaines limites, bien entendu, importe encore peu dans l'indication du procédé, et que le niveau atteint par le bloc total utéro-fibreux n'indique pas la mesure d'accessibilité de la tumeur.

Le nombre des fibromes.

L'hystérotomie cervico-vaginale, dans les cas réunis par nous, a permis d'extraire plusieurs fois 2 fibromes du même utérus, et ce n'étaient pas des noyaux minuscules, puisque, une fois, il s'agissait de fibromes latéraux côte à côte, ayant chacun le volume du poing, puisque dans un autre cas, il s'agissait de 2 fibromes des cornes utérines, ayant l'un le volume d'une mandarine, l'autre celui d'une noix. Il est évident que cette opération pourra permettre d'en enlever cependant davantage. Doléris dit en avoir extrait jusqu'à 3. Mais nous doutons qu'une polyénucléation étendue, comme on l'a essayée et réussie quelquefois par des opérations abdominales, soit, sinon possible, du moins d'une bonne pratique. L'hystérotomie nous semble surtout indiquée quand le fibrome se présente à l'examen clinique, comme étant solitaire.

La forme de l'utérus fibro-myomateux.

C'est une des conditions qui a le plus de valeur pour décider la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale, qui sera surtout indiquée quand le bloc utéro-fibreux se présentera au toucher bimanuel sous la forme d'une masse peu déformée à sa surface, sphérique ou en grande partie globuleuse, ayant en somme une régularité approximative. Une saillie bien détachée ne doit pas faire penser toujours à un fibrome sous-péritonéal, mais au corps utérin surplombant, coiffant la masse fibreuse qui lui sert de piédestal. La consistance moindre, surtout l'hystérométrie pourront quelquefois préciser ce diagnostic topographique, qu'on n'arrive à parfaire souvent qu'une fois l'opération commencée. Bref, ces diverses constatations, et l'habitude de l'examen gynécologique, dans nombre de cas, feront penser, avec chances d'être dans la vérité, que l'on a affaire à un fibrome unique, solitaire et bien localisé. En même temps que la forme, la mobilité de la masse plaidera en faveur de la possibilité de l'hystérotomie cervico-vaginale.

L'état des annexes.

Dans la très grande majorité de nos observations, les annexes ont été reconnues saines à l'examen clinique, et Second en fit une des conditions formelles de son opération. Deux fois cependant, des lésions annexielles furent dûment constatées, ce qui n'empêcha pas notre maître de se borner à l'énucléation par hystérotomie ;

mais il s'agissait dans ces deux cas, de malades extrêmement affaiblies par métrorrhagies profuses, par des douleurs : l'une d'elles avait un état général très altéré, de la décoloration cireuse des téguments, des troubles dyspeptiques et nerveux, de l'albuminurie ; il est certain qu'elles n'auraient pu résister à une intervention plus grave et mutilante. Dans un seul cas, on ne put se rendre compte de l'état des annexes par suite du développement de la tumeur. Ce diagnostic de l'indemnité ou non des ovaires et des trompes, sans être absolu, peut souvent être fait, et ce qui nous prouve qu'il en est ainsi, bien qu'on n'ait pas pu le contrôler *de visu*, c'est que toutes les malades ont fort bien guéri sans jamais manifester de troubles du côté des annexes, ce qui n'aurait probablement pas eu lieu si des lésions sérieuses étaient passées inaperçues au cours de l'opération du fibrome.

L'âge et l'état général des malades.

Les malades opérées par Segond avaient de 28 à 48 ans ; en moyenne, elles avaient de 34 à 35 ans. L'hystérotomie ne fut donc pas faite chez des vieilles femmes, mais, en revanche, dans le plus grand nombre de nos observations nous voyons que l'état général pré-opératoire est peu brillant. Toutes, sans exception, sont de grandes anémiées, quelques-unes jusqu'à être presque exsangues ; certaines sont d'une faiblesse extrême, amaigries et cachectisées ; d'autres ont des phénomènes de compression manifestes et traduits par des douleurs abdominales, lombaires et crurales, par des troubles urinaires : dysurie, pollakiurie, rétention, incontinence, par de la constipation, de l'œdème malléolaire ; plusieurs sont tarées par une diathèse, elles sont arthritiques, dyspeptiques, neurasthéniques, brightiques et même paludiques. Malgré leur dossier pathologique plus ou moins chargé, ces malades supportèrent bien la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale, alors qu'elles n'auraient pu probablement pas (certaines du moins) supporter une opération plus grave. Dans les observations XIX, XXIII, XXIV, c'est bien plutôt l'atteinte portée à l'état général qui fit le chirurgien choisir l'hystérotomie que la disposition du fibrome par rapport à l'utérus.

En résumé.

L'hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale pour énucléation avec ou sans morcellement est indiquée quelle que soit la

variété topographique des fibromes sous-muqueux sessiles ou interstitiels, quel que soit le volume presque (jusqu'à 1200 grammes), mais avec la condition expresse : 1° que le bloc utéro-fibreux ait une régularité approximative d'après laquelle on peut conclure à la probabilité d'un fibrome solitaire, en tout cas peu entouré de noyaux satellites ; 2° que la masse utéro-fibreuse soit encore assez mobile ; 3° que l'indemnité des annexes soit presque assurée par un examen approfondi.

Cette opération est encore indiquée, par exception, comme intervention momentanée et d'attente, dans les cas de lésions annexielles bilatérales, coïncidentes du fibrome, présentées par des malades dont l'état général est si fortement touché qu'elles ne paraissent pas devoir supporter une castration totale.

Chez les femmes jeunes, à cause de la possibilité de grossesses à venir, chez les femmes plus âgées, à la période de péri-ménopause, à cause de l'utilité quand même de l'utérus au point de vue de la statique pelvienne, l'hystérotomie cervico-vaginale est indiquée non seulement pour son but conservateur, mais pour la bénignité de son pronostic.

Contre-indications.

Contre-indications tenant à l'état de la malade.

Ces contre-indications ne sont pas, à vrai dire, spéciales à l'hystérotomie cervico-vaginale : ce sont celles de presque toute intervention. Malgré son peu de gravité, malgré la possibilité de l'acte chirurgical en lui-même, l'opération de Segond peut être cependant assez importante, assez laborieuse pour que des femmes cachectiques, ou bien âgées, ou encore porteuses d'une lésion viscérale grave (dégénérescence du cœur et du foie, lésions néphrétiques avancées, etc.), n'en soient même pas justiciables. On ne fera pas non plus la myomectomie vaginale conservatrice par ce procédé, aux femmes jeunes chez lesquelles une période d'observation assez longuement suivie a permis de constater une rapidité d'accroissement faisant craindre à juste titre une évolution maligne.

Contre-indications tenant à l'état de certains fibromes.

Également, ne seront pas opérés par la myomectomie vaginale les trop gros fibromes, ou ceux qui, n'ayant pas atteint un volume

très considérable, sont maintenus par des adhérences, sont irréguliers, multilobés, accompagnés sans doute de lésions annexielles. Tous ces cas sont réservés à l'hystérectomie vaginale ou abdominale totale. Nous n'indiquerions pas ici, comme limite des plus gros fibromes justiciables de l'hystérotomie, celle que donnait Segond pour l'hystérectomie vaginale : l'ombilic est, en effet, atteint par des utérus qui peuvent très bien être *hystérotomisés* avec succès ; nos observations le prouvent. La forme du fibrome est un facteur plus important que le volume global de l'utérus fibreux : les fibromes très haut situés, ou étalés au-dessus de la margelle du petit bassin, ne descendent qu'avec difficulté et sont quelquefois pour ainsi dire inaccessibles.

Les diverses altérations des fibromes utérins, qui pourraient faire craindre une récurrence plus ou moins prochaine (fibro-kystes, fibromes ramifiés, fibromes durs mais dont certaines parties centrales paraissent en dégénérescence), devront, le plus souvent, entraîner l'opérateur à terminer l'hystérotomie cervico-vaginale, commencée ou même exécutée, en castration vaginale totale. Il en sera de même pour les tumeurs qui, après un morcellement préliminaire, feront constater une absence de zone capsulaire. Les fibromes énucléables mais sphacelés et putréfiés, paraissant avoir infecté tout l'utérus, seront aussi hystérectomisés. Enfin, quand, au cours de l'hystérotomie cervico-vaginale, on se rend compte non pas que l'on a affaire à un utérus atteint de fibromatose généralisée, de granule fibreuse, dont la cause est jugée à l'unanimité, mais que l'on est en présence d'une matrice contenant un nombre de noyaux fibreux qui, une fois extirpés, la laisseraient efflanquée, disloquée et loqueteuse, il faudra terminer par l'hystérectomie vaginale indispensable.

En résumé,

Comme on le voit, ces contre-indications sont, les unes, *directes*, c'est-à-dire s'imposent au moment du choix de l'opération : elles sont éliminatoires, d'emblée, de l'hystérotomie cervico-vaginale ; les autres sont *indirectes*, c'est-à-dire qu'elles ne se manifestent à l'opérateur qu'une fois l'intervention commencée ; elles sont transformatrices d'opinions qui, d'intentions conservatrices, font des décisions radicales, et alors l'hystérotomie cervico-vaginale reste au rang d'opération exploratrice et préparatrice de la castration

totale. L'hystérotomie cervico-vaginale a, de plus, l'avantage considérable de faire pousser le morcellement aussi loin que possible en champ utérin; nous voulons dire que l'opérateur se sent presque tout le temps hors du péritoine: ce n'est qu'à la fin que la séreuse est ouverte, lorsque le morcellement, après avoir permis l'extraction de la tumeur, bat en brèche les parois utérines elles-mêmes, abattues avec facilité et amenées rapidement à la vulve.

Réfutation des critiques adressées à l'énucléation avec ou sans morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale.

On a reproché à l'énucléation, avec ou sans morcellement, par hystérotomie cervico-vaginale :

1° D'exposer à des hémorrhagies primitives ou secondaires graves;

2° De causer des perforations utérines opératoires ou consécutives et l'infection péritonéale;

3° De laisser dans l'utérus des noyaux fibreux insoupçonnés, points de départ de récidives plus ou moins prochaines;

4° De ne pas être applicable à tous les cas donnés;

5° D'être une opération grave.

1° Question des hémorrhagies primitives ou secondaires.

Nous ne saurions insister sans redites inutiles: nous en avons parlé assez longuement au manuel opératoire et aux complications, en nous basant toujours sur les faits établis par l'analyse scrupuleuse de nos observations.

Ces hémorrhagies sont de plusieurs sortes: hémorrhagies primitives de section pendant le temps de l'hystérotomie cervico-vaginale, hémorrhagies primitives de surface ou de décortication locale, hémorrhagies secondaires.

Les premières, bien que rares, ont été toujours très faciles à maîtriser par l'application d'une ou deux pinces de Kocher longues et n'ont jamais empêché la poursuite de l'opération: elles n'ont jamais exigé de ligature directe.

Les deuxièmes, très rares, ont toujours été insignifiantes et

aisément tarées par le pansement et le tamponnement ordinaires et simples des loges.

Les troisièmes nous sont inconnues et l'on n'a jamais eu à s'en préoccuper.

Nous ferons remarquer que ces diverses hémorrhagies, si elles viennent à se produire, relèvent d'une hémostase rapide, sans danger, avec très peu de ressources instrumentales ou autres, et réalisable presque immédiatement sans très grande habitude gynécologique : pour ainsi dire jamais, elles ne nécessiteront d'opération complémentaire ou itérative.

Dans cette opération, la section utérine n'est pas complète et elle ne s'ouvre en tout cas que du côté de la cavité de l'utérus : la matrice, en revenant sur elle-même après l'évacuation des loges fibreuses, si elle a un peu de sang résiduel à expulser, le fera toujours vers le canal utérin qui sert ainsi de voie de drainage sûr et déclive et non vers la cavité péritonéale où l'arrêtera une barrière musculo-séreuse suffisante.

Nous avons déjà avancé, et nous le répétons encore, que l'hystérotomie cervico-vaginale pour énucléation avec ou sans morcellement de fibromes est une des moins sanglantes de la gynécologie. L'objection de certains auteurs pour lesquels « le sang peut faire irruption dans la séreuse », comme le dit Doléris¹¹⁰, nous paraît hypothétique jusqu'à plus ample informé. Doléris dit avoir pratiqué 17 énucléations ; il n'ajoute pas si l'accident lui est arrivé ; c'est pourquoi nous sommes tout disposé à additionner, pour donner plus de poids à notre opinion, ses 17 observations non entachées de l'accident hémorrhagique du côté de la séreuse, aux 25 observations indemnes que nous publions d'après la pratique de Segond.

2° Question des perforations utérines primitives ou secondaires et de l'infection péritonéale dont elles peuvent être l'origine.

Nous avons déjà parlé des perforations utérines produites pendant l'opération elle-même. Nous savons, bien que nous n'en soyons pas partisan, que la conservation de l'utérus quand même, dans de telles conditions, a été tentée d'une façon heureuse, par Péan entre autres. Cette éventualité que l'on peut incriminer à l'opération n'en diminue guère la valeur. Doléris¹¹⁰, tout dernièrement, déclare que l'ouverture de la cavité utérine est un des prin-

cipaux dangers de la myomectomie vaginale. Mais il exprime plutôt une crainte qu'une réalité fréquente puisque lui-même rapporte des cas personnels où il put mener à bien des énucléations laborieuses sans effraction de la paroi de l'utérus. Du reste, on a toujours la ressource de terminer par une hystérectomie vaginale dont les tentatives de morcellement et d'énucléation préalables facilitent l'exécution. Segond a fait ainsi deux hystérectomies vaginales après essai d'hystérotomie. La perforation sera toujours facilement reconnue par l'opérateur qui a quelque habitude de cette chirurgie : elle est donc un péril minime.

Pour ce qui est des perforations secondaires qu'on peut imputer à juste titre à la minceur, au peu de vascularité des parois utérines au niveau des loges fibreuses abandonnées qui se sphacèlent à une date plus ou moins éloignée de l'opération et peuvent déterminer les accidents les plus graves, elles existent réellement et ont été observées il y a longtemps : Pozzi ¹⁴¹, au dernier Congrès, rapporte en avoir vu un cas. Ces désastres anciens ont certainement contribué à faire rentrer dans l'oubli, pour une longue période, la chirurgie conservatrice pourtant si logique et si naturelle. Mais en ne niant pas la possibilité d'une telle complication affirmée par des chirurgiens très autorisés, nous croyons pouvoir penser qu'elle n'est pas si fréquente qu'on aurait tendance à le croire. Plusieurs auteurs parlent bien des perforations secondaires par nécrose, mais dans les statistiques ou observations personnelles qu'ils présentent, ils ne disent pas si le malheur leur est arrivé : s'il en était ainsi, ils en feraient certainement confession de bonne foi. Doléris n'en a pas vu et Segond non plus, comme on peut s'en rendre compte. Quoi d'étonnant à cela ; après l'extradition des fibromes, les loges ne restent pas gonflées comme des ballons, elles se rétractent assez puissamment et avec assez de rapidité pour que leurs parois ne restent pas à l'état de membranes tendues, mal nourries, prêtes à éclater. Et puis, inutile de discuter pathogénie : les faits sont là pour prouver que, du moment qu'on ne laisse point des parois à minceur diaphane, le sphacèle est bien improbable. Les observations de Segond et de Doléris, dont nous avons parlé plus haut, prouvent du reste que les plaies utérines consécutives à l'énucléation des fibromes interstitiels, même volumineux, se reparent parfaitement et qu'à leur niveau la paroi utérine recouvre sa texture normale.

3° Question de l'insuffisance de l'énucléation et de ses conséquences au point de vue de la récurrence.

Les arguments que nous avons cherché à faire valoir à propos de la récurrence à la suite des énucléations abdominales peuvent être invoqués ici pour la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale. Nous ne ferons que les rappeler en les résumant :

1° La myomectomie vaginale peut être absolument complète et ne laisser aucun noyau fibreux à glaner en champ utérin après l'opération. Elle ne doit donc pas être rejetée parce que, plusieurs années après, une nouvelle germination peut évoluer : on ne supprime généralement pas un organe en entier sous le prétexte fallacieux qu'il peut devenir malade à nouveau.

2° Il est parfaitement possible, après la myomectomie vaginale, de s'assurer qu'il ne reste pas de noyaux fibreux clairsemés à une distance plus ou moins éloignée du fibrome qui n'est plus : on ne refusera pas à l'hystérotomie cervico-vaginale large et profonde une valeur exploratrice tout au moins aussi grande qu'à l'hystérotomie médiane abdominale et de comporter de moindres dangers que cette dernière. Disons qu'à ce point de vue, Ricard, qui ouvrait de parti pris la cavité utérine par voie abdominale, tend de plus en plus à abandonner cette pratique à cause des soucis d'infection qu'elle lui a donnés.

3° La possibilité de conserver l'utérus et les annexes vaut bien le risque d'une récurrence que l'on peut surprendre à son début, pas bien grave, en somme rare. Doléris a rapporté un cas où il fit une myomectomie vaginale conservatrice itérative pour une récurrence, procurant ainsi à la malade un bénéfice de dix années de bonne santé qui n'est pas encore consommé. Nous avons analysé plus haut les observations de Segond, qui nous paraissent plutôt favorables ; mais cependant, pour notre part, puisque nous ne désirons discuter que sur des faits précis d'où les preuves ont à se manifester d'elles-mêmes sans le secours d'interprète d'un auteur, nous n'oserions avoir l'air de prononcer une sentence au sujet de la récurrence fibreuse post-myomectomique.

Mais voici que, dans un article tout récent (15 décembre 1900), Doléris¹¹⁰ semblait nous apporter une opinion dont l'intérêt était grand, vu l'ancienneté de sa pratique de l'opération d'Amussat et aussi l'ancienneté de son abandon de cette même pratique opératoire.

Dolérís déclare qu'à cause « de la fréquence de la répullulation des fibromes après l'énucléation des fibromes, depuis 7 à 8 ans il a abandonné cette méthode », et il cite, sur 17 cas opérés par lui, 4 observations de récidence.

En lisant de près ces observations, on voit que la première concerne une malade qui aurait récidivé 51 jours après ! (en effet, la malade est reconnue guérie le 24 avril 1884, avec un utérus presque normal, et constatée en récidence le 15 juin 1884, avec un utérus triple de son volume normal), qui aurait été revue 4 ans après, en 1888, peut-être avec un nouveau fibrome, car Dolérís « n'est pas bien sûr qu'un troisième fibrome ne se forme pas », qui est enfin examinée une dernière fois en 1893, époque à laquelle on constate que « sa tumeur pédiculée *sans doute*, sous-péritonéale et *peu vasculaire*, a fini par s'atrophier ». Cette observation un peu obscure ne nous semble pas probante comme récidence : en tout cas, celle-ci n'a pas subi le contrôle opératoire. Puis, une récidence aussi considérable, 51 jours après l'opération si radicale qu'avait faite Dolérís, nous paraît douteuse. En somme, nous marchons sur le terrain peu solide de l'hypothèse. La deuxième observation de Dolérís remonte au 20 avril 1888 ; la récidence se produit deux ans après, est opérée, et la malade reste guérie depuis dix ans : c'est dire qu'elle a bénéficié, grâce à ces deux opérations conservatrices, de douze ans de bonne santé.

En résumé, la première observation vise une récidence hypothétique non opérée et qui a pu, en tout cas, attendre les bienfaits régressifs de la ménopause ; la deuxième observation vise une récidence opérée par polypectomie conservatrice et qui est restée guérie depuis. C'est donc sur deux cas, en somme heureux (guérison spontanée et guérison opératoire non démentie), dont les résultats ont été enregistrés au plus tard en 1893, que Dolérís base son opinion, sur la « répullulation fibreuse après l'énucléation », qui lui fait abandonner depuis sept à huit ans cette méthode. Ne déduisant que les conséquences imposées par les faits offerts, nous nous permettons de penser que, basée sur de tels documents, trop peu nombreux et plutôt favorables, cette condamnation est peut-être hâtive, et cet abandon précipité de la méthode quelque peu volage. Dolérís cite encore deux observations de récidives très récemment opérées par hystérectomie abdominale et vaginale : dans l'une d'elles, la malade avait attendu 10 ans sa récidence. Ces

deux cas n'ont évidemment pas servi à étayer l'opinion déjà anciennement formulée de Doléris.

Nous ne discutons, bien entendu, que sur la question de la récurrence après la myomoénucléation et non sur le manuel opératoire un peu hybride employé par Doléris. Si la récurrence existe réellement, *sa fréquence* n'est point du tout démontrée, pour ce qui est des *fibromes reconnus justiciables de la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale*; loin d'être pessimiste, nous préférons espérer en la durabilité du bénéfice de cette intervention, jusqu'à ce que des faits contraires incitent à son renoncement.

Pour terminer, faisons un rapprochement où nous ne voulons pas voir une contradiction, mais, plus bénévolement, un argument de plus en faveur de la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale. Doléris, avec son élève Chevrier¹¹², disait en 1891, à propos de l'énucléation abdominale conservatrice: « Si la réapparition d'accidents hémorrhagiques ou autres renversait nos prévisions, la nécessité d'*occurrence, heureusement rare*, d'une deuxième laparotomie, qui, somme toute, est une opération bénigne, ne devra infirmer en rien l'importance de l'énucléation. » Dix ans plus tard, tout récemment, à propos de l'énucléation vaginale conservatrice, Doléris¹¹⁰ déclare: « Mon but n'est pas de juger une question par des considérations théoriques... Aujourd'hui on se demandera s'il y a lieu de recourir aux opérations conservatrices qui, pour être de moindres mutilations, n'en ont pas moins ce grave défaut de laisser la porte ouverte à une nouvelle intervention dans l'avenir. » Il est évident, sans conteste, que, dans l'esprit de ce gynécologue, ne se trouve pas la pensée que la récurrence fibreuse serait fréquente quand il s'agit d'énucléation vaginale, et heureusement rare quand il est question de l'énucléation abdominale.

4^e Question de la myomoénucléation vaginale inapplicable à tous les cas.

Oui, certes, l'hystérotomie cervico-vaginale n'est pas applicable à tous les cas et elle rentre dans la catégorie de la plupart des opérations qui ne s'appliquent qu'à un certain nombre de faits déterminés; mais ses indications ne sont pas aussi limitées qu'on a pu le prétendre. Les observations que nous apportons montrent qu'en dehors d'un volume trop considérable de la tumeur, d'une

irrégularité trop accentuée de l'utérus, de lésions salpingiennes avérées, cette opération est souvent possible.

Ce n'est pas la situation plus ou moins diverse du néoplasme qui peut empêcher de l'exécuter. Segond en a opéré de toutes les variétés topographiques avec succès, même quelques-uns qui étaient localisés aux cornes utérines. Longuet⁴⁴³, dans ses comptes rendus du dernier Congrès international, fait dire à Tuffier que : « les nodules fibreux que Segond trouve dans les cornes utérines ne sont pas des fibromes ». Dans l'observation X, ces « nodules fibreux », ainsi appelés par abus de langage, avaient l'un le volume d'une noix, l'autre celui d'une mandarine. Ce n'est pas beaucoup, non plus, le volume des fibromes qui peut faire renoncer à l'hystérotomie cervico-vaginale, puisque la plupart des tumeurs opérées par Segond étaient considérables : l'une d'elles pesait même 1200 grammes. Longuet écrit : « Actuellement tout est changé : volume d'un œuf pour la myomectomie vaginale ; volume du poing ou tout au plus des deux poings pour l'hystérectomie vaginale, telles sont les nouvelles frontières de la chirurgie vaginale qui voit par suite presque disparaître complètement le morcellement, que j'ai maintes fois combattu. » Nos observations répondront avec plus d'autorité à des paroles si arbitraires.

On a invoqué contre cette opération les incertitudes du diagnostic qui en rendaient souvent les indications difficiles à préciser. Il est vrai que le diagnostic exact, d'après l'examen clinique seul, n'est pas toujours possible. Mais qu'importe en l'espèce : une donnée nous intéresse par-dessus tout : celle qui permettra de penser qu'on doit tenter un essai de chirurgie conservatrice ; l'acte opératoire commencé décidera. En face d'un abdomen volumineux, présentant une tumeur, d'une façon générale, l'important est d'y aller voir, d'ouvrir le ventre et de se comporter en conséquence : on ne va pas rester en expectative parce que l'on a un diagnostic incertain. En face d'une tumeur utérine fibreuse qui paraît accessible par le vagin, l'important est d'y aller voir, d'ouvrir l'utérus et de se comporter en conséquence : c'est alors qu'ayant la possibilité de voir, de toucher, on saura « d'une manière positive, si la coque utérine est intacte, s'il existe, oui ou non, d'autres masses fibreuses », et si on doit se résoudre à l'hystérectomie vaginale.

Il est même des cas où l'erreur de diagnostic consiste à faire croire à un fibrome qui n'existe pas ; à plus forte raison l'hystéro-

tomie cervico-vaginale aura été alors exploratrice et conservatrice d'un organe qu'on aurait certainement sacrifié. Nous n'en voulons pour preuve que les deux cas suivants que nous avons pu observer étant interne chez notre maître Segond : 1° une malade âgée de 34 ans, ayant des métrorrhagies très abondantes depuis un certain temps, présente, réexaminée sous le chloroforme, au moment de l'opération, un utérus gros comme une orange presque, formant une saillie arrondie bombant dans le cul-de-sac de Douglas; rien aux annexes. Vu les pertes hémorrhagiques, *la non-suspension des règles* pendant les derniers mois, vu les signes physiques, on pense à un fibrome sous-muqueux ou interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus. Opération le 21 octobre 1899, à la Salpêtrière. Hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. Le doigt introduit dans la cavité utérine sent une masse molle. On pense alors à un fibrome ramolli en voie de sphacèle. Il est inséré à la paroi postérieure et au fond de l'utérus. On en pratique l'ablation à la curette, qui ramène trois fragments gros comme une petite noix. L'aspect de ces fragments est celui de débris placentaires. Cependant, on hésite et on pense encore au polype sphacélé. Curettage soigné, nettoyage de la cavité utérine avec des éponges imbibées de sublimé. Exploration digitale intra-utérine après ce curettage qui fait distinguer nettement une logette dans la paroi postérieure, ayant les dimensions d'une noix et résultant de l'ablation des fragments. Ceux-ci confiés à Claisse, qui en pratique l'examen histologique, lui montrent qu'il s'agit de fragments placentaires incrustés et comme enchatonnés dans la paroi utérine où leur ablation a déterminé une véritable logette musculaire. L'hystérotomie cervico-vaginale bilatérale n'a pas été inutile : d'abord exploratrice, elle a pu permettre un curettage plus complet de la cavité utérine, curettage dont on pouvait apprécier le résultat par les yeux et le toucher intra-utérin ; ensuite conservatrice, elle a épargné un utérus qu'on eût, sans nul doute, hystérectomisé ; 2° l'autre cas concerne une malade de 30 ans, qui présente un utérus mobile, antéfléchi, un peu augmenté de volume, à surface paraissant un peu irrégulière. Une saillie est plus particulièrement appréciable en arrière au niveau de l'isthme. Rien du côté des annexes. Cet examen est pratiqué sous chloroforme au moment de l'opération. Le professeur Pinard, qui soigne la malade, et Segond, pensent à un utérus fibromateux, contenant plusieurs fibromes interstitiels. Opération le 6 avril 1900, au couvent des

Augustines, rue de la Santé. Segond fait tout d'abord l'incision de la commissure droite du col qui lui donne assez d'espace pour faire l'exploration digitale intra-utérine. Il ne trouve pas de fibromes saillant sous la muqueuse, mais des fongosités épaisses de vieille métrite. Curettage soigné. Cette erreur de diagnostic qui a fait exécuter une hystérotomie cervico-vaginale unilatérale a permis également un curettage beaucoup plus complet que le curettage ordinaire, car il a été fait pour ainsi dire sous le regard et vérifié par le toucher intra-utérin. De plus, cet utérus a évité l'hystérectomie vaginale que l'on aurait pratiquée sans doute, si l'on n'avait pas été guidé par des intentions conservatrices. Ceux qui font la chirurgie conservatrice par l'abdomen eussent peut-être été obligés, dans ce cas, d'ouvrir la cavité utérine, ce qui aurait été se soumettre à des chances d'infection. Du reste, le fait s'est produit assez récemment : un de nos chirurgiens les plus ardemment abdominaux en matière de chirurgie conservatrice, a énucléé par l'abdomen un soi-disant fibrome qu'il reconnut être un fragment de placenta putréfié : de là à admettre le curettage utérin par voie abdominale il n'y a qu'un pas.

Puisque nous agitions cette question de l'inapplication de la myomectomie par l'hystérotomie cervico-vaginale à tous les cas, des incertitudes de diagnostic, des erreurs de diagnostic, qui se dressent devant le chirurgien au moment d'opérer ou pendant l'intervention elle-même, montrons l'absence de conséquences fâcheuses que ces incertitudes et ces erreurs sembleraient devoir entraîner, en établissant le bilan des tentatives d'hystérotomie cervico-vaginale faites par Segond et terminées par castration vaginale totale ou même par un simple curettage.

1° Erreurs de diagnostic, rectifiées au cours de l'hystérotomie.

a) Un cas de débris placentaires enchatonnés (21 octobre 1899. Utérus gros comme une orange. Simple curettage.

b) Un cas de fongosités métriques (6 avril 1900. Utérus bosselé. Simple curettage).

c) Deux cas de pyosalpinx (18 mars et 10 mai 1899. Utérus remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Hystérectomie vaginale).

2° Diagnostics incomplets, corrigés au cours de l'hystérotomie.

a) Un cas de fibrome sous-péritonéal supplémentaire (28 février

1899. Fibrome remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Morcellement mené à bonne fin. Hystérectomie vaginale.)

b) Un cas de fibrome non énucléable par manque de capsule (28 octobre 1899. Fibrome remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et gros comme une tête fœtale. Hystérectomie vaginale.)

c) Un cas de fibrome non énucléable surtout par mollesse extrême (16 novembre 1899. Fibrome pesant 1 080 grammes. Hystérectomie vaginale.)

3° Accidents par manœuvres opératoires, produits à la fin de l'hystérotomie menée à terme.

a) Un cas de fibrome enlevé complètement (6 décembre 1899. Tumeur ayant le volume d'une grossesse de 3 mois. Mais paroi utérine de la loge douteuse, d'où hystérectomie vaginale.)

b) Deux cas de fibromes énucléés entièrement (13 mai 1897 : fibrome postérieur, 23 octobre 1897 : fibrome latéral droit de 500 grammes. Mais à la fin, perforation de l'utérus en régularisant la loge, d'où hystérectomie vaginale.)

En somme 10 tentatives d'hystérotomie cervico-vaginale dont 2 suivies de curettage et 8 d'hystérectomies. Toutes les malades ont guéri. Sur 34 essais d'hystérotomie pratiqués par Segond, 26 fois l'utérus fut sauvé et sans deux incidents opératoires, cet organe eût été conservé 28 fois. Six fois seulement la castration totale s'imposait inéluctablement.

3° Question de la gravité opératoire de la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale.

S'il est un point sur lequel nous avons la prétention de rallier les suffrages de tous ceux qui n'ont pas de parti pris, c'est bien sur celui de la bénignité de cette opération pratiquée selon le procédé de Segond. Nos observations en témoignent hautement, et pourtant il ne s'agissait point de cas d'absolue et idéale élection. Si les malades consentaient à se soumettre plus tôt à l'examen gynécologique compétent au lieu de garder obscurément pendant des mois, quelquefois des années, des métrorrhagies qu'elles croient inavouables; si au lieu de vouloir, trop pusillanimes, subir le traitement électrique imposant et suggestif, elles acceptaient l'intervention plus hâtive, il est certain que la plupart des fibromes, à

leur début, seraient justiciables de la myomectomie vaginale, et de quelle myomectomie facile, périlleuse guère plus qu'un banal curettage ! On doit bien avouer que si des fibromes dont le plus grand nombre pesaient 600, 800, 900 grammes, 1 kilogramme et même davantage, furent extirpés en presque complète sécurité avec tous les avantages consécutifs, chez des femmes dont l'état général était le plus souvent précaire, à plus forte raison, on doit reconnaître que les cas bien plus simples seraient un jeu opératoire très innocent.

Dolérís a pourtant écrit récemment : « L'énucléation vaginale est loin de présenter la même simplicité (que l'ablation des polypes). C'est une opération assez sérieuse qui réclame l'emploi du chloroforme. » Il semblerait, d'après cette phrase, que l'anesthésie est l'étalon de la gravité opératoire. On soumet des malades à la chloroformisation pour le raclage de végétations vulvaires ou pour un simple curettage : il ne s'agit point là d'opérations dont l'issue rend soucieux le chirurgien.

La myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale n'est pas grave : parce qu'elle ne risque pas de blesser l'uretère, d'ouvrir le vessie, de perforer le péritoine par un décollement évitable, parce qu'elle ne comporte pas l'éventualité d'accidents hémorrhagiques redoutables, parce que les complications consécutives qui peuvent aggraver l'hystérectomie vaginale (hémorrhagies secondaires, occlusion intestinale, septicémie, eschares sacrées, décubitus acutus, etc.) ne sont pas de son fait, parce que les accidents qui peuvent surgir durant l'opération, et sur lesquels nous n'avons pas à revenir à nouveau, sont ou immédiatement réparables ou entraînent seulement une autre conduite qui n'est pas plus grave que si on l'avait suivie d'emblée.

Les complications septiques post-opératoires qui ont été reprochées à la myomectomie vaginale de jadis, à juste titre, et qui étaient si fréquentes qu'elle avait mérité la proscription et l'abandon, ne sont plus aujourd'hui un argument de valeur contre cette opération. Les accidents d'infection exigent qu'on y pense toujours et qu'on en parle souvent : c'est pourquoi il est de toute importance de bien diriger les pansements consécutifs. « Avec l'observation régulière d'une parfaite asepsie, comme a dit Segond, avec les précautions voulues pour se garer de toute rétention possible, il n'y a vraiment rien à craindre. » C'est par un manquement

à cette surveillance des soins consécutifs qu'il faut peut-être attribuer la mort d'une des malades ainsi opérées (observ. XIV); nous disons : peut-être, car la malade était cachectique, était paludique, eut des accidents bizarres sans signification précise, mais nous préférons plutôt montrer le danger qui menace et que l'on peut effacer par l'attention exigible, qu'innocenter cette opération dans un enthousiasme irréfléchi.

Toutes les malades dont l'histoire est enregistrée à la fin de notre travail ont été revues par Segond de 6 mois à un an, 2 ans, 3 ans et demi, toutes avec un utérus redevenu normal de volume, non douloureux et mobile, avec simplement deux petites encoches commissurales sur le col, seules traces des incisions hystérotomiques latérales, toutes avec une menstruation redevenue régulière et modérée.

De la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale comparée aux autres opérations conservatrices.

1° De l'hystérotomie médiane antérieure vaginale opposée à l'hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale.

Il est une autre opération conservatrice par voie vaginale que nous décrirons plus loin : l'hystérotomie médiane antérieure, dont l'utilité et la valeur sont indiscutables et qui a donné d'excellents résultats entre les mains de ses protagonistes, entre autres, Martin, puis Doyen, Pozzi, Sebileau, Schwartz, Ricard, Lejars, etc., en France. Récemment on a voulu l'opposer à l'hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale. Si l'on pouvait soutenir la comparaison en faveur de l'hystérotomie médiane antérieure vaginale, contre la myomectomie vaginale par le procédé de Péan, il n'en est pas de même, à notre avis, quand il s'agit du procédé perfectionné par Segond, tel que nous nous sommes attaché à en démontrer l'exécution facile, l'application très diverse et l'innocuité bien grande.

L'incision médiane antérieure de l'utérus par le vagin est plus utile, peut-être, dans des cas particuliers de fibromes interstitiels médians, comme d'ailleurs l'incision hystérotomique médiane postérieure pourrait encore l'être. Voici d'ailleurs comment notre excellent collègue d'Herbécourt¹¹⁴, élève de Lejars, juge dans sa très intéressante thèse l'hystérotomie médiane antérieure de Martin, et l'hystérotomie médiane postérieure de Mackenrodt¹¹⁵.

« Nous ne partagerons pas les idées trop arrêtées, trop absolues

« à notre sens, de ceux qui, avec Martin, d'une part, opèrent tous les jours par l'incision vaginale antérieure, ni de ceux qui, comme Mackenrodt, ne veulent aller que par le cul-de-sac postérieur.....
« Disons de suite que nous blâmons même la pratique de Mackenrodt : « Après l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, fendre longitudinalement la paroi postérieure de l'utérus sur la ligne médiane, et par cette brèche dont on écarte largement les bords, aller à travers la cavité utérine énucléer les myomes de la paroi antérieure. Réparer par des sutures. » Nous croyons tout cela bien inutile, et les raisons que l'auteur donne pour établir cette méthode ne nous paraissent pas contrebalancer la mutilation produite..... Les plaies ainsi faites à l'utérus peuvent ne pas être si inoffensives que cela. Rosenstein¹¹⁶ publie le fait suivant : « Au 6^e jour de l'ablation d'un myome utérin par colpotomie, apparurent des pertes fétides et du ballonnement du ventre. La laparotomie étant pratiquée, il fut reconnu qu'une anse d'intestin grêle était adhérente à la plaie utérine. » On le voit, ce sont des sutures à surveiller que celles de l'utérus; elles n'offrent dans la plupart des cas aucun inconvénient, mais pourquoi les employer d'une façon si étendue inutilement. »

Et plus loin, d'Herbécourt ajoute : « Les tumeurs solides de l'utérus devant être enlevées par colpotomie antérieure, ne devront pas excéder un certain volume. Ce volume est la première chose que l'on doit évaluer le plus exactement possible. Nous savons l'orifice que donne une brèche vaginale, elle est extensible naturellement, mais jusqu'à une certaine limite, ne pouvant être dépassée sans risquer de léser l'artère utérine ou l'uretère. »

En réalité, la colpotomie antérieure avec hystérotomie médiane antérieure qui est excellente pour de petits fibromes sous-péritonéaux de la paroi antérieure de l'utérus n'a plus la même raison d'être pour les fibromes interstitiels où qu'ils siègent. On pourra dire avec le professeur Le Dentu, Pichevin¹¹⁷, Arrizabalaga, etc., que cette colpotomie antérieure permet en même temps d'explorer les annexes et de pratiquer sur elles des opérations conservatrices. Mais alors on est obligé d'ouvrir le péritoine et c'est ce qu'il est préférable de ne pas faire si, par un diagnostic clinique très recherché, on peut se rendre compte de l'état annexiel.

Quoi qu'il en soit, il n'est guère difficile de se persuader que

l'hystérotomie latérale occasionne moins de délabrements, risque moins de blesser les uretères et la vessie, expose moins à l'ouverture du péritoine. Dans l'hystérotomie médiane, on est obligé de décoller haut le cul-de-sac vésico-utérin en s'exposant à l'effraction de la séreuse; il faudra réparer tout cela par des sutures sur le col, sur l'insertion vaginale et, dans le cas de fibrome de la paroi postérieure, on aura fendu la paroi antérieure presque inutilement puisqu'on peut avoir un jour tout au moins aussi grand par dissection bilatérale. Pour les néoplasmes très haut situés dans la paroi antérieure, il nous étonnerait fort que le péritoine ne fût pas ouvert chaque fois par la section utérine médiane. Bien que ce ne soit pas un accident néfaste, nous préférons l'opération qui l'évitera. Longuet trouve que « l'opération d'Amussat était trop simple, trop rudimentaire ». C'est précisément ce qui peut nous séduire en elle. La simplicité opératoire à laquelle se joint actuellement la sécurité aseptique, n'est-ce point ce vers quoi le chirurgien doit toujours s'efforcer ?

2° De l'énucléation abdominale opposée à l'énucléation vaginale par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale.

Nous n'avons pas la prétention déplacée de prêcher une croisade contre l'énucléation abdominale, que nous avons d'ailleurs défendue et dont nous avons fait ressortir les avantages réels en toute liberté de pensée, sous le prétexte que nous croyons voir dans l'hystérotomie cervico-vaginale par le procédé de Segond, une opération au moins tout aussi bonne, si ce n'est bien meilleure, dans nombre de cas. Il ne s'agit pas d'une chose tellement sacro-sainte pour que nous nous armions de pied en cap pour défendre avec panache une tradition chère. En science, il n'y a point de honte à être transfuge et à passer du côté de la vérité où qu'elle soit. Nous nous serions donc dispensé de ce parallèle des deux opérations, s'il n'avait été déjà fait avec une offensive marquée et si amusamment hyperbolique qu'il nous complait de rappeler à quelques-uns de ses auteurs, les fleurs de leur péché d'intransigeance.

D'après certains, l'énucléation abdominale est la seule opération conservatrice qui doive être recommandée. Zwibel¹¹⁸ dit : « L'énucléation est l'opération idéale qui délivre la malade de sa

tumeur tout en respectant l'utérus et les ovaires : *elle seule* permet la fécondation ultérieure. » Avoir cité la phrase d'affirmation sans preuve de cet auteur, c'est lui faire prononcer sa propre condamnation sur ce qu'il avance d'une manière si assurée.

Quelques-uns disent que c'est une opération bénigne à côté de tout autre opération. Mais à ce sujet règne une certaine obscurité. Exemple : Zwibel, élève de Tuffier, transcrit dans les conclusions de sa thèse (1900) ceci : « L'énucléation abdominale est une opération grave, *moins grave que tout autre opération* pratiquée sur l'utérus pour les mêmes tumeurs. C'est une *opération facile* et efficace. » Et Tuffier¹¹⁹, maître de Zwibel, dans sa communication presque simultanée à la Société de chirurgie (juillet 1900) dit : « Il est incontestable que les perfectionnements progressifs de notre pratique ont rangé l'hystérectomie abdominale au nombre des opérations courantes, faciles et *bénignes*. L'énucléation *est, à coup sûr, entourée de plus de difficultés*, elle nécessite plus de précautions, etc. » En dehors de cette contradiction émanant de la même source, nous pouvons, à notre tour, nous permettre d'affirmer qu'il est au moins une autre opération certainement plus bénigne et tout aussi efficace que l'énucléation abdominale, c'est l'énucléation par voie vaginale.

On a soutenu que la voie abdominale est la seule à suivre pour les opérations conservatrices sur l'utérus, car elle seule permet une ablation complète et radicale, et permet de se rendre compte de l'état des annexes. Plusieurs auteurs sont toujours et quand même pour la laparotomie. Hartmann est un absolutiste de la voie abdominale et ne consent à passer par le vagin que pour la ligature du pédicule hypogastrique, méthode retardante d'une chirurgie plus active (1897) ; Ricard, rapporteur du Congrès de chirurgie de Paris, en 1899, est partisan irrévocable de la laparotomie ; Tuffier, par Zwibel (1900), s'écrit : « Je tiens à affirmer que quel que soit son siège, supra-vaginal ou corporel, je préfère de beaucoup l'énucléation par voie abdominale à l'énucléation par voie vaginale ; je considère que cette voie abdominale seule nous permet de bien voir ce que l'on fait et de s'assurer qu'on n'oublie aucun fibrome même de petit volume, et je réserve l'énucléation vaginale au seul cas de polype fibreux intra-utérin ayant déjà dilaté la cavité utérine. » Cette déclaration annonce surtout une préférence, mais nous rappelons que l'énucléation abdominale est sujette, bien qu'utile opé-

ration, à laisser quelques noyaux sur l'importance desquels on peut passer.

En présence d'un polype intra-utérin, l'auteur ne songerait pas un instant, et pour cause, à l'enlever par voie abdominale et trans-utérine, afin de ne pas risquer l'infection péritonéale très possible, très facile même, dans ce cas particulier : il ferait une polypectomie vaginale simplement ; mais souvent, en même temps que le polype, il y a dans l'utérus des noyaux fibromateux intra-pariétaux ; dans cette circonstance, il aurait donc pratiqué une opération incomplète, alors qu'on peut l'exécuter d'une manière plus efficace.

Longuet, qui a rapporté dans le *Progrès médical* la séance consacrée à la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes au Congrès international de 1900, et qui l'a peut-être trop interprétée au gré de ses désirs intimes, déclare : « Qu'en 1899, commence une période exclusivement abdominale : celle que va nous présenter avec un plein succès Tuffier ! » et il ajoute : « Au point de vue clinique, *Tuffier admet après Longuet et Ricard* la supériorité de la section médiane utérine. » Il en profite pour voter la mort sans phrase contre le morcellement, affirmer aveugle le procédé d'énucléation vaginale dérivé d'Amussat présenté par Segond. Il termine : « La communication de Tuffier est des plus mouvementées ! » Témoin, Montprofit se sont très nettement déclarés, à ce Congrès, pour la voie abdominale. Ce dernier dit sa règle de conduite : « Faire par la voie abdominale tout ce qu'il est possible de faire par cette voie, ne faire par le vagin que ce que l'on ne peut pas faire par l'autre voie. » Du reste, ajoute-t-il avec une pointe de doux scepticisme : « Nos adversaires peuvent facilement prendre la formule opposée. »

Longuet a tort et se contredit en affirmant que nous sommes actuellement en période opératoire exclusivement abdominale ; il se trompe et se contredit quand il tonne : le morcellement se meurt, le morcellement est mort. Mais l'heure de ses funérailles prédites n'a point encore sonné, et la voie vaginale est encore accessible.

Pour entourer l'énucléation abdominale conservatrice de toutes les faveurs possibles, certains, Tuffier et Zwibel, lui accordent un avantage d'ordre sentimental : « Les opérées ne subissent plus l'influence morale de la déchéance dont toute hystérectomisée se

rend compte! » C'est très exagéré; les hystérectomisées étaient auparavant des malades, quelquefois de grandes malades : elles souffraient physiquement et moralement, elles avaient des pertes de sang continuelles, elles avaient un abdomen volumineux, saillant et déformé, sans qu'on pût soupçonner chez elles souvent un développement physiologique légitime, et l'hystérectomie a supprimé tout cela : ces femmes, qui ont guéri, sont relevées psychiquement à leurs propres yeux. Du reste, ces malades à l'utérus fibreux, à l'état annexiel altéré, n'étaient-elles pas déjà déçues depuis longtemps de leur splendeur génitale? Il faudra certainement pratiquer la chirurgie conservatrice le plus souvent qu'il sera possible, mais pas pour cette raison subjective de déchéance par notion d'agénitalité, car la femme sait trop bien la valeur révolue de son utérus ménopausique.

Nous nous permettrons, à notre tour, de synthétiser ce que nous croyons devoir penser en opposition à ces conclusions qui nous paraissent trancher d'une manière trop affirmative pour qu'elles puissent contenir l'Unique vérité.

1° L'énucléation par hystérotomie cervico-vaginale est, avec l'énucléation abdominale, égale devant les mêmes indications.

En particulier celles qui concernent : *a*, la situation variée des fibromes interstitiels (fibromes des faces, des bords, du fond; et encore, les fibromes bas situés vers l'isthme et ceux qui empiètent dans le ligament large sont-ils sans doute plus justiciables de la myomectomie vaginale!); — *b*, le volume de ces divers fibromes (les fibromes enlevés par hystérotomie vaginale par Segond sont aussi considérables que ceux qu'on a pu enlever par voie abdominale); — *c*, le nombre des fibromes (si par voie abdominale on a pu enlever, par exception, un plus grand nombre de noyaux que par voie vaginale, il est certain que c'était risquer un aléa : car l'ablation d'une trop grande quantité de nodules fibreux est une mauvaise opération, qu'elle s'effectue par le vagin ou l'abdomen indifféremment).

Il est inutile de dire que l'énucléation vaginale conservatrice est avec l'énucléation abdominale conservatrice égale devant la question, d'ailleurs discutable, de la soi-disant déchéance morale par privation sexuelle interne.

En somme, les mêmes raisons qui militent en faveur de l'énu-

cléation par voie abdominale peuvent être aussi bien invoquées pour l'énucléation par voie vaginale.

2° *L'énucléation par hystérotomie cervico-vaginale est, avec l'énucléation abdominale, égale devant les mêmes contre-indications.*

En particulier, celles qui concernent : *a*, l'état général et les lésions viscérales graves présentés par les malades (cependant, croyons-nous, pour ce qui est de l'état général, à la plus facile tolérance de l'opération vaginale qu'à celle de l'opération abdominale); — *b*, l'évolution rapide pouvant faire craindre la malignité de la tumeur; — la fibromatose granulique généralisée de l'utérus; — *c*, l'irrégularité d'énormes masses fibreuses; — *d*, l'absence de capsule; — *e*, la dégénérescence fibro-kystique, sphacélique, etc.; — *f*, la présence de lésions annexielles bilatérales accusées (toutes ces dernières contre-indications sont au contraire justiciables *a priori* ou, une fois l'intervention commencée soit par le ventre, soit par le vagin, de l'hystérectomie abdominale ou vaginale totales); — quant aux erreurs de diagnostic, elles seront rectifiées et réparables par l'une ou l'autre voie.

En somme, les mêmes raisons qui militent contre l'énucléation vaginale peuvent être aussi bien invoquées contre l'énucléation abdominale.

3° *Avantages de l'énucléation par hystérotomie cervico-vaginale, sur l'énucléation abdominale.*

La supériorité incontestable de l'énucléation vaginale est d'être plus bénigne absolument. Ne le serait-elle pas déjà, qu'*a priori* elle devrait le devenir; elle a, pour cela, toutes les raisons. Elle permet d'opérer en dehors du péritoine tout le temps de l'intervention; ce n'est pas là un mince avantage. On peut sourire, mais il n'en reste pas moins vrai, si l'on veut parler avec franchise, qu'une opération péritonéale, même entre les mains des puritains de l'asepsie, est toujours, sinon grave, du moins sérieuse, à plus forte raison quand on s'expose à ouvrir la cavité d'un des organes généralement les plus septiques de l'économie, quand on se risque à enlever des fibromes ayant subi la dégénérescence kystique, à contenu plus ou moins louche, des fibromes en voie de nécrose, quand on taillade la matrice pour des énucléations multiples, exigeant des sutures nombreuses et soignées, pouvant laisser, malgré

tout, filtrer un peu de sang dans la cavité péritonéale, exposant aux adhérences intestinales aux plaies utérines avec phénomènes graves d'occlusion (Rosenstein). On prétend, avec raison, que l'utérus revient sur lui-même après l'ablation des fibromes par voie abdominale et que les excavations fibreuses se réduisent très vite : il en est de même, on ne le refusera pas, pour les excavations produites par énucléation vaginale, et même mieux, car la contraction se fait de la périphérie de l'utérus vers son centre en forçant les liquides de rétention à s'écouler vers les parties déclives, vers le canal utérin et le vagin, sans risque de s'égoutter à travers des sutures séro-muscleuses comme dans la myomectomie abdominale. L'énucléation abdominale tendrait à devenir plus bénigne et plus facile, mais on ne peut encore se prononcer vu le désaccord des auteurs et l'inégalité de leurs statistiques, tandis qu'on peut déjà affirmer la plus facile exécution et surtout la moindre gravité de l'énucléation vaginale.

Quelques chirurgiens, parmi ceux qui pratiquent de la façon la plus indemne la chirurgie abdominale, entre autres Ricard, sont d'ailleurs prêts de délaissier les énucléations abdominales à cause des alertes d'infection qu'elles leur ont données.

La myomectomie vaginale a encore l'avantage d'éviter une cicatrice abdominale et l'éventualité de l'éventration. Mais nous n'insisterons pas à ce sujet, bien que certains adversaires de la voie vaginale aient pu prétendre que la raison qui attache encore les chirurgiens à cette pratique est une question de hiérarchie sociale.

4° *La question des grossesses consécutives aux myomo-énucléations abdominale et vaginale.*

L'énucléation abdominale permet, c'est absolument sûr, les faits le prouvent, des fécondations et grossesses ultérieures : nous en avons cité de nombreuses.

L'énucléation vaginale n'a pas donné les mêmes résultats à ce point de vue. Nous n'avons pu, dans les publications consultées, recueillir des exemples de grossesses à la suite de la myomectomie vaginale; dans nos observations nous n'en relatons aucun fait. Mais les malades n'ont pas été assez suivies; de plus, il s'est agi souvent de femmes approchant de la ménopause. Bref, c'est une question que l'avenir peut seul trancher. Mais, de prime abord,

nous ne voyons pas la raison qui pourrait empêcher une grossesse de se manifester dans un utérus myomectomisé par le vagin, alors que nous savons la puissance de régénération de la muqueuse utérine, bien prouvée par les observations de Wœrth (de Kiel), de Gottschalk (de Berlin), de Leopold ¹²⁰ (de Dresde) et bien d'autres, et par les expériences remarquables du professeur Cornil et de notre collègue Carnot ¹²¹. Ces derniers disent en effet : « Les cellules épithéliales grimpent le long des ponts fibrineux constitués par les caillots et finissent par les revêtir entièrement : ces adhérences se vascularisent et persistent. Il y a là quelque chose de bien spécial à la muqueuse utérine dont la fonction est d'adhérer à l'œuf, et ces adhérences multiples rappellent les premiers stades de formation placentaire. Nous n'avons jamais retrouvé de pareil processus ni pour l'uretère ni pour la vessie. En résumé, la régénération des organes creux se fait avec une extrême rapidité, de façon à en rétablir spontanément la forme et la *fonction*. »

Conclusions.

En dehors des cas, relativement rares, de fibromes qui par leur silence pathologique, leur absence totale de troubles menstruels, de douleurs, de phénomènes de compression, et qui veulent être respectés, le plus grand nombre des tumeurs fibreuses réclament une intervention, souvent l'hystérectomie vaginale par morcellement, plus souvent encore l'hystérectomie abdominale totale. Bien que ces opérations donnent une somme de guérisons qui s'accroît chaque jour avec les progrès de la technique et l'habileté du chirurgien, il n'en est pas moins vrai qu'elles comportent une gravité pronostique qui va s'amointrissant, mais qui est cependant encore importante.

Aussi, à côté de ces cas où la nécessité s'impose de par le volume, et plus encore, la disposition anatomo-pathologique du fibrome, d'enlever tout le bloc utérin chargé de ses néoplasmes et les annexes simultanément, Segond, s'inspirant de l'ancienne méthode d'Amussat bien délaissée aujourd'hui, a cherché à la faire renaître en perfectionnant et en simplifiant sa technique, en précisant ses indications qu'il a étendues, non pas seulement aux gros polypes encore inclus dans la cavité du corps, mais à beaucoup de fibromes interstitiels même volumineux ne s'accompagnant pas de dilatation du col.

C'était répondre à un double *desideratum* : trouver une opération d'un pronostic aussi sûr qu'il était possible pour une affection qui n'est pas toujours irrémédiablement grave au point de vue de la vie; éviter, par elle, des interventions par trop mutilatrices alors qu'il s'agit souvent d'une maladie nettement localisée. Il y a des fibromes du ligament rond, du vagin, des fibromes péri-urétraux, des myomes de l'intestin : on énuclée et on extirpe ces tumeurs, mais il n'est jamais venu à la pensée de personne d'enlever le ligament rond, de réséquer le vagin, de détruire l'urètre, de supprimer l'intestin.

L'hystérotomie cervico-vaginale est, par excellence, une opération conservatrice qui laisse, ou rend plutôt, aux jeunes femmes, une menstruation normale et très probablement la faculté d'être fécondées et de gester, qui ne les expose pas aux troubles vasomoteurs déterminés par la suppression de la sécrétion ovarienne, qui respecte chez les femmes plus âgées la statique pelvienne, qui accorde à toutes les bénéfices d'une intervention sans péril, puisqu'elle est généralement de courte durée, peu sanglante, s'effectue en dehors de la sphère péritonéale et a, de plus, l'immense avantage d'être largement exploratrice par le jour qu'elle donne avec, en somme, un minimum de délabrement.

Telle qu'elle est comprise et pratiquée par notre maître Segond, elle offre des avantages indéniables que nous avons cherché à faire valoir, en toute sincérité et en toute liberté d'appréciation, d'après l'analyse scrupuleuse d'un nombre déjà considérable d'observations tout à fait probantes et d'après une assistance opératoire très attentionnée.

Les résultats brillants qu'elle a donnés pour des cas plutôt difficiles en majorité, et chez des malades dont l'état général laissait à désirer, nous autorise à augurer une facilité d'exécution plus grande et un pronostic plus bénin, s'il est possible, pour les cas de fibromes traités le plus près de leur début, comme ce devrait être et comme il est généralement admis à l'heure actuelle pour les kystes ovariens, ovariectomisés sitôt diagnostiqués. En tant « qu'opération de la première heure », en élargissant ses limites elle restreint d'autant celles de la chirurgie radicale mutilatrice, et elle nous paraît devoir reconquérir sa place ancienne, logique et naturelle, au premier rang des opérations conservatrices.

La clef du succès d'exécution de l'ancienne opération d'Amussat,

renovée par Segond, c'est la voie vaginale, « voie donnée par la nature », comme a dit Laudau, c'est la discision hystérotomique uni ou bilatérale profonde, c'est le morcellement.

Aussi, pouvons-nous dire avec notre maître le professeur Pozzi ¹²² : « Pour les opérations applicables aux corps fibreux, les progrès de la gynécologie permettent aujourd'hui, bien plus que par le passé, d'éviter la section des parois abdominales. »

Aussi, pouvons-nous écrire avec Bouilly ¹²³ : « Je tiens à faire une protestation vibrante contre l'assertion que l'ablation des tumeurs moyennes et petites doit se faire par voie abdominale. C'est, au contraire, *toujours* par la voie vaginale qu'il faut procéder à l'ablation de toute tumeur utérine ne dépassant pas l'ombilic, et c'est même parce que je considère la voie vaginale comme meilleure que l'abdominale, que je recommande de ne pas laisser trop grossir les fibromes, afin de ne pas avoir à en pratiquer l'ablation par la voie sus-pubienne. J'appuie ma conviction absolue sur une pratique de plusieurs années pendant lesquelles j'ai fait plusieurs centaines d'opérations vaginales. »

Aussi, pouvons-nous répéter avec Segond ¹²⁴ : « Pour le morcellement, le fait est si évident qu'il me paraît superficiel d'y insister, et, vraiment, il faudrait ignorer d'une manière bien complète les ressources de cette méthode merveilleuse, pour oser croire, avec M. Longuet, qu'elle a fait son temps. »

L'utilisation de la voie vaginale et du morcellement est le véritable *delenda Carthago* de quelques auteurs, acharnés bien inutilement contre elle, car ils semblent ignorer les avantages réels qu'elle peut donner à ceux qui savent en profiter, sans préjudice, pour cela, d'une pratique aussi heureuse de la voie abdominale.

Nous terminerons ce qui a trait à ce procédé de chirurgie conservatrice par hystérotomie cervico-vaginale, en citant notre maître Segond ¹²⁵ qui dira lui-même, avec l'autorité qui lui revient, comment les indications en sont moins exceptionnelles qu'on ne l'a prétendu, et comment il a été amené à considérer, dans sa longue expérience de la pratique de l'hystérectomie vaginale, qu'il eût été possible, souvent, d'épargner bien des utérus fibreux, en se bornant à extirper le seul néoplasme :

« J'ajoute que c'est précisément parce que je ne me décide « jamais pour l'opération en question sans en avoir contrôlé « directement les indications, que je puis, avec preuves à l'appui,

« affirmer que ces indications sont moins *exceptionnelles* qu'on ne
« le pense. C'est qu'en effet mes convictions à cet égard ne se
« basent pas seulement sur les morcellements que j'ai pu mener
« à bien sans hystérectomie ; elles s'appuient, en outre, sur mon
« expérience de l'hystérectomie vaginale elle-même. Combien de
« fois ai-je constaté que dans tel ou tel cas particulier j'aurai pu,
« avec avantage, m'arrêter en route, enlever les fibromes et res-
« pecter leur coque ? je ne saurais le dire exactement. Mais le fait
« m'est arrivé trop souvent pour qu'il ne m'apparaisse pas comme
« un argument de plus. Je puis même observer ici que c'est bien
« moins en me guidant sur ce que j'avais pu voir ou lire, qu'en
« m'instruisant moi-même par une longue pratique de l'hysté-
« rectomie pour fibromes et par la constatation qu'en maintes cir-
« constances les utérus que je morcelais se seraient prêtés à une
« ablation moins radicale, que j'ai bien compris et les avantages
« de l'opération d'Amussat et la *fréquence* relative de ses indi-
« cations. »

HYSTÉROTOMIE MÉDIANE

ANTÉRIEURE OU POSTÉRIEURE

PAR VOIE VAGINALE

POUR

fibromes sous-muqueux sessiles, interstitiels, sous-péritonéaux sessiles
des faces antérieures ou postérieures de l'utérus
et pour polypes cavitaires.

I. — DÉFINITION

L'hystérotomie médiane antérieure ou postérieure vaginale, consiste, après décollement préalable du cul-de-sac vaginal antérieur ou postérieur, à inciser au niveau de la ligne médiane avasculaire une des parois de l'utérus plus ou moins haut sur le col et le corps, afin d'extirper les fibromes aperçus sur les tranches de section ou faisant saillie dans la cavité utérine.

Cette opération, lorsque la section utérine n'est pas trop haute, peut être faite sans ouverture du péritoine, surtout en arrière, mais le plus souvent on ouvre la séreuse.

L'hystérotomie médiane postérieure vaginale est possible et a été pratiquée plusieurs fois ; mais c'est l'hystérotomie médiane antérieure vaginale qui a été le plus souvent utilisée.

Quelques chirurgiens ont même été jusqu'à sectionner l'utérus sur la ligne médiane de ses deux parois antérieure et postérieure.

Gannat¹ et Gunsbourg² définissent l'hystérotomie médiane antérieure vaginale : la section de la face antérieure du col. Cette définition est incomplète, car si l'incision peut être limitée à la région du col, elle peut s'étendre plus ou moins loin au corps de l'utérus suivant le siège de la tumeur.

L'hystérotomie médiane vaginale, soit antérieure soit postérieure, diffère essentiellement de l'hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale, en ce qu'elle exige le décollement de la vessie (hystérotomie médiane antérieure) et le plus souvent l'ouverture de la cavité abdominale : elle est presque toujours, non plus une opération intra-utérine exclusivement, mais en même temps une opération intra-péritonéale.

II. — HISTORIQUE

*Eugène Bækel*³, de Strasbourg, en 1885, énucléa avec succès un fibrome, en incisant le col en arrière et sur la ligne médiane. L'opération qu'il fit peut être comprise sous le nom d'hystérotomie vaginale médiane postérieure.

Mais l'hystérotomie médiane vient vraiment au jour avec *Doyen*⁴, en 1892, où ce chirurgien utilise la section presque blanche pratiquée dans la zone médiane avasculaire de l'utérus, supprime toute hémostase préventive et pratique la myomectomie avec conservation de l'utérus pour polypes ou fibromes interstitiels par l'hémisection rectiligne ou en V de la paroi utérine antérieure. Dans ses premières publications sur ce sujet, il rapporte une statistique de 22 cas ainsi guéris, dont les premiers l'ont été dès 1887.

Après Doyen, plusieurs chirurgiens, presque simultanément, cherchent à appliquer au traitement de certains fibromes sous-muqueux sessiles l'hystérotomie médiane qui n'est en somme que le premier temps de l'hystérectomie vaginale totale par hémisection, et à proposer cette opération comme l'intervention conservatrice de choix lorsqu'on peut utiliser la voie vaginale.

Dès 1893, *Delagénière*⁵ fait l'hystérotomie médiane antérieure, mais il avoue du reste qu'il n'a fait là que l'application à l'énucléation des fibromes du procédé d'hystérotomie vaginale de Doyen.

*Longuet*⁶ dit avoir pratiqué en 1893, dans le service de Terrillon, une myomectomie par hystérotomie antérieure vaginale pour un fibrome du volume d'un petit œuf.

*J. Veit*⁷, en 1894, pratique l'énucléation des fibromes par ce procédé auquel il joint, dans le cas de vagin étroit, la section de toute la paroi antérieure du vagin, depuis l'orifice de l'urètre jusqu'à l'insertion du vagin sur le col, comme débridement dont il

ne craint pas les conséquences. La communication de J. Veit à la Société obstétricale de Berlin agita la question de priorité entre les chirurgiens allemands et français concernant cette opération. Mais *Gottschalk* fit remarquer que le procédé employé par Veit n'était autre que celui de Doyen, qui l'a décrit en 1887 sous le nom d'hystérotomie par section médiane vaginale, et l'a employé non seulement comme le pense Veit pour l'hystérectomie vaginale, mais encore pour l'extirpation des tumeurs.

En 1895, *Martin*⁸, au Congrès de Vienne, rapporte 14 cas de fibromes extirpés par l'incision du cul-de-sac antérieur et de la paroi utérine.

La même année, *Bouilly*⁹, au Congrès français de chirurgie, tenu à Paris, communique plusieurs cas de fibromes interstitiels et de polypes cavitaires, enlevés par section utérine médiane.

Mackenrodt, en 1896, préconise avec ardeur l'hystérotomie médiane postérieure.

Le 11 août 1896, *Sebileau*¹⁰ utilise l'hystérotomie médiane antérieure pour fibrome sous-muqueux.

Le 17 octobre de la même année, *Schwartz*¹¹ la pratique également. La question de priorité qui a pu être soulevée entre ces deux auteurs n'a aucune raison d'être, vu les faits antérieurs.

En 1897, paraît la thèse de *Gannat*¹², inspirée par Sebileau.

*Ricard*¹³, en 1898, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* sur le traitement des fibromes utérins, parle de cette opération. *Longuet*¹⁴, en 1899, la décrit longuement; et, en 1900, M^{lle} *Gunsbourg*¹⁵ soutient sur ce procédé sa thèse inaugurale inspirée par son maître Ricard, dont elle publie des observations.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Soins pré-opératoires.

Nous n'avons pas à y insister : ce sont les mêmes que dans les opérations vaginales précédentes. Il faut simplement se disposer, si besoin est, à pratiquer l'hystérectomie vaginale, c'est dire que le vagin et la cavité utérine seront soigneusement aseptisés, cette dernière par un curettage préalable suivi d'un frottement avec une mèche imbibée de glycérine créosotée ou mieux d'eau oxygénée.

Technique opératoire.

On a pratiqué quelquefois l'hystérotomie médiane sur la face postérieure de l'utérus, mais il s'agit là d'une opération d'exception et qui ne diffère guère dans ses principes de la section utérine médiane antérieure; aussi décrirons-nous seulement la technique de l'hystérotomie médiane antérieure vaginale qui comprend plusieurs temps : 1^o la libération du col; 2^o la section de l'utérus sur le milieu avasculaire de sa paroi; 3^o l'extirpation du fibrome; 4^o la suture de la paroi utérine ou hystérorrhaphie.

1^{er} temps : libération du col.

Le col est abaissé à la vulve par des pinces à traction, et les parois vaginales réclinées par des écarteurs.

Schwartz¹⁶ conseille d'inciser la demi-circonférence antérieure du vagin, à son insertion sur le col en dépassant un peu en arrière la ligne d'implantation des ligaments larges.

Il n'y a pas de niveau très fixe sur le col pour faire cette incision, mais l'important est de ne pas la porter trop haut pour ne pas intéresser la vessie qui descend parfois fort bas.

On pourrait s'assurer de la situation de celle-ci en y introduisant une sonde, mais c'est inutile avec un peu d'habitude. Segond fait souvent ceci : au moyen des pinces à traction appliquées sur le col, il fait quelques mouvements de va-et-vient, pendant lesquels se dessine très nettement à la vue un repli vaginal surmontant une rainure transversale précisant bien l'insertion du vagin sur la face antérieure du col.

Si l'on avait affaire à un fibrome assez volumineux, on ferait, au lieu de la simple incision hémicirculaire antérieure, une incision circulaire complète du col.

Puis, on décolle en avant et sur les côtés, avec le doigt, la vessie de l'utérus comme dans une hystérectomie vaginale. Cette séparation est relativement facile, mais dans certains cas de fibromes antérieurs ayant plus ou moins déplacé le bas-fond vésical, elle demande plus d'attention : il faut alors commencer la dissection à petits coups de ciseaux, l'on continue ensuite en introduisant les deux index en crochet et en les écartant l'un de l'autre en se dirigeant sur les côtés : l'on fait ainsi une sorte de divulsion sans grand danger. C'est ainsi que procède Segond le plus souvent au début de l'hystérectomie vaginale.

Quelques auteurs évitent l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin ; d'autres la pratiquent de parti pris, et souvent on la produit sans le vouloir. Ça n'a du reste que peu d'importance pour la continuation de l'opération. Si le péritoine est ouvert, on en profitera pour explorer, par cette sorte de cœliotomie vaginale antérieure, la face antérieure de l'utérus, son fond et même l'état des annexes. D'ailleurs, faisons-le remarquer, l'ouverture péritonéale est presque nécessaire si l'on est obligé, par section hystérotomique médiane, d'aller extirper un fibrome haut situé.

Dans le cas où l'on fait la libération circulaire du col, le cul-de-sac de Douglas sera nécessairement ouvert : la séparation du rectum et de la vessie est très aisée ; cette ouverture du péritoine en arrière permettra l'exploration minutieuse de la paroi postérieure de l'utérus et des annexes également : le doigt reconnaîtra des bosselures fibreuses et s'assurera s'il y a ou non des petites masses pédiculées susceptibles de se détacher au niveau de leur point d'insertion et d'aller se perdre dans les anses intestinales. Nous avons vu, auprès de notre maître Segond, le fait se produire deux fois au cours d'hystérectomies vaginales : heureusement que l'on s'en aperçut à temps et que l'on put repêcher ces noyaux mis en liberté dans le ventre.

Bref, l'incision du cul-de-sac antérieur étant pratiquée, l'utérus décollé en avant, on récline au moyen de la valve supérieure la vessie en haut qui entraîne, soulève et met à l'abri les uretères. L'hémorragie résultant du décollement de la vessie est insignifiante et la hernie des anses intestinales à travers l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin est très rare.

S'il y avait rétraction de la base des ligaments larges, il conviendrait pour permettre l'abaissement de l'utérus, ainsi que l'ont recommandé Péan et Segond pour l'hytrectomie vaginale, de libérer latéralement l'utérus en battant de cloche.

2^e temps : section hystérotomique médiane.

Aux ciseaux, dont une des lames est introduite dans la cavité utérine et l'autre appliquée sur la face antérieure de l'utérus, on pratique sur le col et le segment inférieur du corps de l'utérus une section sur la zone médiane avasculaire. Cette section est presque blanche : elle ne donne pas de sang ; on la poursuit plus ou moins haut et pas à pas selon l'accessibilité plus ou moins éloignée du

fibrome ou selon le jour que l'on désire se donner. Le plus souvent, on a fait l'hémisection médiane rectiligne, par exception on sera conduit à la pratiquer, ramifiée, en V ou en Y, comme Doyen. Dans ce dernier cas, sera ainsi constitué un lambeau triangulaire mobile, qui relevé met largement à jour la cavité utérine.

Des pinces dentées sont appliquées sur chacune des lèvres de la plaie utérine, sur chaque tranche, ce qui permet de les écarter et d'entrebâiller l'utérus.

Dans cette hémisection médiane, les ciseaux coupent sur leur chemin des noyaux fibreux inclus dans la paroi antérieure, en tout cas découvrent des fibromes facilement reconnaissables à leur couleur blanchâtre, à leur aspect nodulaire, à leur consistance ferme. Il peut ne pas y avoir de fibromes intra-pariétaux antérieurs, mais l'hémisection permet, à travers la cavité utérine mise à nu, d'avoir sous les yeux des fibromes sous-muqueux sessiles faisant relief sur la paroi opposée ou bien de découvrir des polypes avec leur zone d'attache désormais bien visible.

3^e temps : extirpation du fibrome.

Si l'on a affaire à un noyau fibreux apparaissant sur la tranche de section, rien de plus facile que de le saisir avec une pince, de le décortiquer avec l'index, de lui imprimer des mouvements de rotation, de torsion pour en amener l'extraction.

Si le fibrome siège dans une paroi postérieure et s'il fait peu saillie, on pourra le reconnaître assez aisément en promenant le doigt sur cette paroi, à travers laquelle on le sentira grâce à sa consistance plus ferme. On pratiquera à ce niveau une incision longitudinale à travers laquelle le nodule viendra se hernier souvent et d'où il sera facile de l'énucléer comme précédemment. On pourra s'aider, pour déloger le fibrome, d'une spatule ou mieux encore des ciseaux courbes fermés qui aideront à la décortication et à l'expulsion en faisant levier avec eux.

Que l'on se trouve en présence de fibromes antérieurs ou postérieurs, on joindra aux manœuvres d'énucléation des manœuvres de morcellement s'ils sont considérables ou si l'extirpation doit en être facilitée. Rien de plus simple, malgré ce qu'en pensent certains auteurs (Longuet)¹⁷. C'est ainsi qu'ont pratiqué Doyen, Veit, Sebileau, Schwartz, etc. Peu importe d'ailleurs que ce morcellement soit ou central ou tangentiel, en losange ou en cône : inutile de

discuter puérilement là-dessus : l'important est de diminuer le volume du néoplasme par le moyen que l'on juge le plus commode.

Après l'ablation des fibromes primitivement aperçus, on aura bien soin d'explorer par le toucher intra-utérin aidé du palper ou même du toucher rectal au besoin, en se mettant à l'abri de l'infection par les moyens ordinaires, les parois utérines pour voir s'il n'existe pas d'autres noyaux fibreux que l'on énucléera, et l'on s'efforcera de faire une opération complète.

4^e temps : Suture de l'utérus ou hystérorrhaphie.

Lorsque l'utérus est débarrassé de ses fibromes, on s'assure de l'hémostase des loges évacuées. Si on ne l'a déjà fait préalablement, on curette la muqueuse utérine si souvent atteinte de métrite hémorragique afin de se mettre à l'abri d'une infection possible. Quelques chirurgiens (Sebileau¹⁸) cautérisent même au thermocautère l'emplacement des fibromes expulsés et le reste de la cavité utérine.

Ensuite, on introduit des drains de caoutchouc dans les loges vides, et l'on fait un tamponnement intra-utérin à la gaze stérilisée, ce qui donne le double avantage de drainer à large voie et d'arrêter le suintement sanguin s'il vient à se produire. Enfin, la plaie hystérotomique médiane est refermée de haut en bas, en un seul ou en plusieurs plans, par quelques points séparés à la soie ou mieux au catgut : il faut avoir soin de bien coapter les surfaces de section. On place aussi quelques fils pour la réfection du cul-de-sac antérieur du vagin au niveau du col désinséré. Quelques chirurgiens ne suturent pas toujours le vagin et le col. C'est ainsi que Bouilly¹⁹ a plusieurs fois laissé ouverte une brèche vaginale pour prévenir toute chance d'infection péritonéale par la muqueuse utérine.

On termine par un tamponnement vaginal assez lâche avec de la gaze, en ayant soin de ne pas obturer l'orifice des drains, et par la mise à demeure d'une sonde de Petzer ou de Malécot dans la vessie qui a été un peu tourmentée par sa désinsertion de l'utérus.

Complications opératoires et post-opératoires.

Ces complications concernent : 1^o les difficultés d'accès de l'utérus; 2^o le siège de certains fibromes dans l'utérus; 3^o les accidents pouvant survenir pendant l'hystérotomie et l'énucléation; 4^o les suites opératoires hémorragiques et infectieuses.

1° *Difficultés d'accès de l'utérus.*

C'est ainsi que le vagin rigide et rétracté des femmes âgées, le vagin étroit de femmes vierges pourront présenter quelques difficultés. Veit²⁰ conseille dans ces cas l'incision du vagin, longitudinalement, sur toute sa paroi antérieure du col à l'urètre. D'après lui, ces débridements sont peu dangereux et permettent de pousser l'énucléation des fibromes jusqu'à ses dernières limites. Nous ne serions pas aussi optimistes ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut.

Des malformations congénitales, des brides cicatricielles vaginales pourront empêcher d'aborder l'utérus. Dans ce dernier cas un débridement est possible et facile ainsi que l'a dit Chaput. Mais nous n'insistons pas, ce sont des cas d'exception, que nous rappelons seulement parce qu'ils ont été signalés.

Les incisions multilinéaires pratiquées sur le col et recommandées par Chroback n'ont pas leur raison d'être dans la circonstance : ce n'est plus faire alors une hystérotomie médiane. De même, il n'est pas, le plus souvent, nécessaire de dilater préalablement le col à la laminaire comme le font plusieurs auteurs. Schwartz a fait cette dilatation préalable pour qu'elle lui permit le toucher intra-utérin et la rectification d'un diagnostic s'il y avait lieu.

2° *Le siège de certains fibromes dans l'utérus.*

D'après quelques promoteurs de cette opération, l'extirpation des fibromes enchâssés dans une corne utérine serait « parfois très pénible ; les pinces à abaissement sont tout à fait insuffisantes, on peut y suppléer par les pinces à râteau de Péan ou encore par les cylindres de Doyen, etc. » (Sebilleau, Gannat, etc.).

3° *Accidents pouvant survenir pendant l'hystérotomie médiane et l'énucléation.*

Ce sont la blessure de la vessie et du rectum, souvent évitables à moins de disposition topographique particulière du fibrome qui ectopie les organes voisins ou les déforme ; les hémorrhagies, rares, à cause de la contraction utérine et du retour des loges sur elles-mêmes ; l'inversion utérine ; la perforation utérine ; le mauvais état de l'utérus après des énucléations multiples ne pouvant laisser espérer sa conservation.

La plupart de ces complications survenant sur ces utérus fendus quelquefois sur presque toute leur hauteur et par conséquent ayant une solution de continuité donnant sur le péritoine, exigeront l'hystérectomie vaginale exécutée séance tenante. Cette hystérectomie sera simple, car l'hystérotomie médiane est elle-même un temps des procédés d'hystérectomie de Doyen et Quénu. D'après Delagénière²¹, c'est même « la seule façon de remédier à ces accidents ».

4° *Suites opératoires hémorragiques et infectieuses.*

« S'il y a une hémorrhagie persistante, dit Longuet, il suffit d'oblitérer le col par une pince à demeure pendant 24 heures. » Mais ce moyen est sujet à caution, car si l'hémorrhagie est assez abondante, si la cavité, ce qui peut bien arriver, est d'une aseptie douteuse, le sang distendra l'utérus nouvellement suturé, hystérorraphié et filtrera à travers les intervalles des points de suture : on obtiendra un hématomètre artificiel opératoire plutôt nuisible puisqu'il peut et distendre l'utérus affaibli dans ses parois au niveau des loges évacuées et filtrer dans le péritoine à moins de hâtive coagulation. Il vaudra mieux recourir ou au tamponnement ou, au besoin même, à l'hystérectomie vaginale secondaire.

S'il y a fièvre, infection, on renouvellera le pansement, on drainera, on lavera avec des antiseptiques ou de l'eau oxygénée, etc., enfin on se comportera ainsi que nous l'avons indiqué à l'hystérotomie cervico-vaginale selon le procédé de Segond. Mais ici on devra moins compter sur les soins consécutifs et craindre davantage les accidents d'ordre infectieux se produisant dans une opération qui a le plus souvent ouvert la séreuse péritonéale. Aussi, en face d'accidents septicémiques menaçants on pratiquera l'hystérectomie vaginale totale.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

1° *Indications.*

Ces indications, d'une façon générale, sont les mêmes que pour l'hystérotomie cervico-vaginale latérale selon le procédé de Segond, mais, à notre sens, moins étendues.

C'est une opération conservatrice que l'on sera en droit de

pratiquer chez une *femme jeune*, « qui peut ou qui a le désir d'être mère » et nous ajouterions volontiers chez toute femme, quel que soit son âge, chez laquelle on a le devoir de pratiquer une chirurgie minima, surtout si elle est en *état de moindre résistance*, soit à cause de pertes très abondantes, soit à cause d'une atteinte profonde de l'état général.

Les promoteurs de ce procédé l'appliquent soit au polypes, soit aux fibromes sous-muqueux. Ainsi, d'après Sebileau²², puis son élève Gannat, l'hystérotomie médiane vaginale antérieure s'adresse :

1° *Aux polypes visibles* dont le pédicule volumineux et haut situé est difficile à atteindre même après morcellement vaginal ;

2° *Aux polypes invisibles*, gros ou petits, pour lesquels l'hystérotomie médiane vaginale sera d'abord exploratrice ;

3° *Aux fibromes sous-muqueux sessiles* diagnostiqués par le cathétérisme et le toucher intra-utérin mais, inaccessibles, même après dilatation à la laminaire et aux bougies de Hegar, à cause de leur siège élevé et donnant lieu à une métrite hémorragique non amendée par un curettage préalable.

A côté des indications fondées sur la variété et le siège des tumeurs fibreuses il y a celle, plus importante et plus controversée, tirée de leur volume et de leur nombre : *il faut que le fibrome soit presque solitaire* ou que les noyaux soient très peu nombreux ; il faut aussi *qu'ils ne soient pas volumineux*.

Delagénière²³, jugeant les énucléations vaginales dans leur ensemble, en dehors des procédés particuliers, pense qu'il n'y a « indication rationnelle que dans les cas de petits fibromes sous-muqueux dont le volume ne dépasse pas celui d'un œuf » et, pour lui l'énucléation vaginale est aussi grave que l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Cette affirmation dernière est à nos yeux tout à fait contraire à la réalité.

Longuet²⁴ semble promulguer une formule quelque peu dictatoriale quand il dit : « A la formule Péan — Schröder — Segond, pour myomectomie vaginale, c'est-à-dire tumeur ne dépassant pas le volume d'une tête de fœtus, j'oppose aujourd'hui cette autre formule : fibrome ne dépassant pas le volume d'un œuf, les autres devant passer à la myomectomie abdominale. »

Cependant, rappelons que Veit²⁵, par hystérotomie médiane antérieure, a extirpé un fibrome qui avait le volume d'une tête d'enfant. Rappelons aussi que par le procédé d'Amussat modifié par

Segond, ce dernier a pu retirer des fibromes qui pesaient jusqu'à 1 200 grammes. Cette réserve faite, nous pensons, que d'une manière générale, l'hystérotomie médiane antérieure ne peut être ambitieuse et qu'elle doit se borner à des tumeurs de volume très moyen qui sont le triomphe, d'ailleurs, du procédé de Segond dont la portée est cependant beaucoup plus étendue ainsi que le montrent nos observations.

2° *Contre-indications.*

Les contre-indications sont les mêmes que pour toute opération conservatrice par la voie² vaginale : les *lésions inflammatoires ou néoplasiques des annexes*, le *trop gros volume des fibromes*, leur *trop grand nombre* qui rend toute conservation de l'utérus impossible. Gannat²⁶, dans sa thèse (p. 36), y joint « l'insertion du polype fibreux au fond de l'utérus ! » la friabilité particulière de certains cols, la dégénérescence épithéliomateuse, etc.

3° *Parallèle entre l'hystérotomie cervico-vaginale médiane antérieure et l'hystérotomie cervico-vaginale par le procédé de Segond.*

Nous n'écririons pas ce petit chapitre, si quelques auteurs n'avaient voulu, pour piédestaliser leur procédé d'élection et asseoir leur enthousiasme, faire son procès à l'hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. L'hystérotomie médiane antérieure a donné quelques succès et peut être utile dans certains cas, mais ce n'est pas une raison pour contester à l'hystérotomie latérale sa valeur que nous venons étayer par des preuves cliniques certainement plus nombreuses que celles de la précédente opération.

Les partisans de l'hystérotomie vaginale médiane antérieure soutiennent :

a) *Qu'elle donne un accès plus facile que l'hystérotomie bilatérale « avec ses deux valves antérieure et postérieure ».* Mais il est facile de comprendre que l'hystérotomie médiane ne donne du jour qu'à la condition d'être haute et par conséquent d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, dès lors elle perd déjà beaucoup de sa valeur ; de plus, cette ouverture coeliotomique vaginale antérieure a des limites restreintes ainsi que l'a démontré notre ami d'Herbécourt²⁷ par ses expériences cadavériques, de telle sorte qu'au point de vue de l'accès des fibromes, l'hystérotomie médiane ne donne pas le jour

énorme que l'on peut obtenir par l'incision bilatérale qui a permis d'extirper des fibromes interstitiels de tout siège, de très gros volume, et jusqu'à des fibromes utérins développés dans le ligament large, ce qui n'a pas été fait avec l'incision médiane.

b) *Qu'elle offre plus de sécurité, au point de vue de l'hémorrhagie, que la section hystérotomique bilatérale.* L'hémorrhagie est, en effet, minime, mais nous avons amplement démontré, qu'à ce point de vue, l'opération de Segond ne présentait aucune gravité. On a beaucoup vanté pour l'hystérotomie médiane, l'absence de pinces hémostatiques qui, ainsi, n'embarrassent pas le champ opératoire : « Cette absence, dit Gannat, constitue un grand progrès sur l'opération de la section latérale du col. » Cet avantage est à considérer, d'après Schwartz, si l'on pense à la dextérité que doit posséder le chirurgien quand il opère suivant la méthode de Péan « qui intéresse toujours les artères utérines et les plexus veineux qui saignent abondamment, et il n'a pas aussi l'ennui de manœuvrer au milieu d'une forêt inextricable de pinces ce qui l'oblige à tout instant à faire appel à sa mémoire pour ne pas commettre d'erreur dans l'enlèvement des pinces préalablement posées ». On a pu lire, à la description du procédé de notre maître, que ces reproches ne lui sont pas applicables : que l'on n'intéresse *pas toujours* les utérines et qu'on ne manœuvre pas au milieu d'une *forêt de pinces* ; tout au plus Segond a-t-il eu l'occasion d'appliquer deux pinces de Kocher. Ce que Schwartz a pu dire, avec juste raison, du procédé de Péan ne peut se soutenir à propos du procédé de Segond.

c) *Qu'elle peut se transformer plus facilement que l'hystérotomie bilatérale en hystérectomie totale par le vagin.* Nous avons mentionné, au cours de notre description, de nombreuses observations où des essais d'énucléation par hystérotomie uni ou bilatérale ont été terminés par l'hystérectomie vaginale totale dont ils ont constitué comme les temps préliminaires facilitant d'ailleurs beaucoup son exécution.

d) *Qu'elle est plus simple, plus facile, plus rapide, qu'elle exige un minimum d'aides et d'instruments, qu'elle est « exempte de temps superflus ».* L'hystérotomie cervico-vaginale réunit tous ces avantages avec celui, en plus, de pouvoir extirper dans les mêmes

conditions de simplicité des fibromes impraticables pour l'hystérotomie médiane, et encore elle supprime ces temps superflus : de décoller (inutilement) la vessie, et quelquefois le rectum et de suturer l'utérus d'abord, puis le vagin.

e) *Qu'elle a l'avantage de supprimer les manœuvres de morcellement et, à ce titre, est une opération de choix.* Cette opinion est soutenue par de très rares auteurs, heureusement. Pour Longuet²⁸ qui, selon son expression, « a travaillé à écrouler cet énorme bloc principal » (le morcellement des fibromes), l'énucléation est la seule manœuvre qu'on puisse se permettre dans l'hystérotomie médiane, car d'après lui « le morcellement est l'art de s'en tirer comme on peut, et c'est un expédient qui a vécu ». Dans son apostolat d'une foi nouvelle en l'unique énucléation dégagée de toute louche manœuvre morcellaire, il nous semble surprendre l'auteur en flagrant délit d'illogisme quand nous lisons : « Lorsque les prises tangentielles se font mal parce que la surface du fibrome est trop glissante, il convient d'inciser le fibrome sur la ligne médiane, non pas pour le réduire et le morceler, mais pour y créer des surfaces destinées à servir à l'implantation solide des pinces à abaissement. Telle est la manœuvre de choix qui suffit toujours pour les ablations de masses utéro-fibreuses ne dépassant pas le volume de deux poings. » Mais la section d'un fibrome n'est-elle pas un commencement de morcellement ? Du reste, ce refus obstiné de cette manœuvre nous reste incompréhensible.

f) *Qu'elle ne risque pas de blesser la vessie et les organes avoisinants, malgré les rapports étroits qu'a l'utérus avec eux.* Il y a, d'après certains, en serrant l'utérus de près, une région suffisamment étendue où il n'y a aucun danger de blesser la vessie, les uretères, etc., et, ajoute Gannat : « Il n'est pas indifférent que ces organes soient fréquemment tirillés au cours de l'opération par l'application des divers instruments. Les chirurgiens savent très bien que c'est là une cause de gangrène et, par conséquent, de désastre, d'où avantage de pouvoir libérer sans effort la face antérieure de l'utérus. » C'est reconnaître qu'il pourrait y avoir péril dans le décollement vésical tout de même et qu'il vaut mieux ne pas contusionner les tissus par le choc ou la traction des instruments. Que ne dirait-on pas alors de l'hystérotomie cervico-

vaginale bilatérale qui supprime tout à fait ce temps, par conséquent cette mutilation et ses dangers?

g) *Qu'elle n'a pas l'inconvénient de sectionner les artères nourricières du segment inférieur et du col de l'utérus.* Mais l'hystérotomie cervico-vaginale latérale n'intéresse pas, nous l'avons prouvé, les artères utérines, et serait-on réduit à le faire qu'une fois la section et la ligature de ces vaisseaux pratiquée, cela n'aurait pas une importance bien grave puisque, au contraire, par suppression au moins partielle de l'apport sanguin nourricier on pourrait compter, peut-être, sur un effet atrophiant vis-à-vis d'un utérus prédisposé à la fibromatose.

h) *Qu'elle ne réclame pas dans certains cas l'ouverture du péritoine d'où maximum de sécurité.* Nous ne croyons pas d'abord que dans l'hystérotomie médiane on puisse extirper un fibrome assez volumineux sans ouvrir cette séreuse presque fatalement, et puis, cela nous prouve que, malgré tout, ces auteurs ajoutent une réelle importance à ce que le péritoine ne soit pas ouvert, aussi considérons-nous cet argument comme valable, surtout pour l'hystérotomie cervico-vaginale par le procédé de Segond qui non seulement n'ouvre pas de parti pris le péritoine, mais ne s'expose même pas à cette effraction.

i) *Qu'elle a, vis-à-vis de l'opération d'Amussat-Péan, les attraits de l'originalité.* Mais l'hystérotomie médiane vaginale elle-même, opération conservatrice, a une origine commune très nette avec l'hystérectomie vaginale par section médiane selon le procédé de Doyen, de Quénu, de Müller, dont elle dérive, ce qui n'enlève d'ailleurs rien de sa valeur.

j) *Qu'elle est éminemment exploratrice, plus que l'hystérotomie latérale.* Il est vrai qu'elle facilite une exploration minutieuse et décisive, mais ne l'oublions pas, à la condition d'être coeliotomique vaginale, c'est-à-dire de permettre l'ouverture du cul-de-sac péritonéal et d'aller directement constater l'état périphérique de l'utérus (fibromes sous-péritonéaux pédiculés) et l'état des annexes. Hors cette condition, l'hystérotomie cervico-vaginale bilatérale possède tout aussi bien, si ce n'est bien davantage, une valeur exploratrice.

k) *Qu'elle est tout à fait bénigne et heureuse dans ses résultats.*
L'hystérotomie vaginale médiane a donné quelques succès, mais on en connaît peu de cas, et les statistiques publiées dans ces derniers temps concernent des myomectomies vaginales sans distinction de procédés. C'est ainsi que Chroback²⁹, dans une statistique personnelle récente, considérable, mais globale, cite 97 énucléations vaginales avec un seul revers ; elle ne plaide donc pas en faveur de telle ou telle opération, mais proclame simplement la possibilité fréquente de la chirurgie conservatrice par la voie vaginale. Pour le moment, en France du moins, l'opération de Segond avec les 25 observations sur lesquelles nous l'étayons, nous autorise à la présenter comme l'intervention vaginale conservatrice de choix dans le traitement des fibromes qui en sont justiciables, eu égard à l'hystérotomie médiane qui n'a été pratiquée en somme jusqu'ici que d'une façon sporadique. Et nous pouvons nous permettre, en toute conscience, cette affirmation, d'autant plus que si l'on a pu reprocher à l'opération d'Amussat-Péan des complications aggravantes (perforation, infection, hémorrhagie, etc.), il ne s'ensuit pas que son principe soit mauvais et que l'opération de Segond ne soit excellente, si profondément remaniée, si adaptée aux exigences opératoires nouvelles, qu'elle semble n'en avoir conservé que l'idée première et initiatrice, ainsi que nous l'avons prouvé plus haut par une étude parallèle approfondie des distinctions essentielles.

MYOMECTOMIES TRANS - VAGINALES

PAR INCISIONS PARA-UTÉRINES OU COLPOTOMIQUES.

Nous comprenons sous ce titre les autres opérations par voie vaginale qui se proposent d'atteindre et d'énucléer, avec ou sans morcellement, par une incision du vagin, au niveau d'un de ses culs-de-sac (antérieur, postérieur ou latéraux), les fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou sous-péritonéaux sessiles disséminés à la surface de l'utérus ou même intra-ligamentaires.

Il s'agit là d'interventions qui utilisent comme voie d'accès non plus, comme les précédentes, la filière génitale vagino-utérine, mais une partie seulement de la filière : le vagin. Elles n'attaquent plus les fibromes du centre à leur périphérie, c'est-à-dire par leur face donnant sur la cavité utérine, mais de leur périphérie à leur centre, c'est-à-dire par leur face donnant dans l'abdomen : c'est un caractère commun qu'elles partagent avec les opérations abdominales conservatrices.

En somme, nous pouvons distinguer :

- 1° *Les myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques antérieures.*
 - 2° *Les myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques postérieures.*
 - 3° *Les myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques latérales.*
 - 4° *Les myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques circulaires.*
-

1. MYOMECTOMIES TRANS-VAGINALES

OU COLPOTOMIQUES ANTÉRIEURES

pour fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou sous-péritonéaux sessiles
de la face antérieure et du fond de l'utérus.

I. — DÉFINITION

Ces opérations consistent à enlever les fibromes sus-énumérés en traversant le cul-de-sac antérieur du vagin. Mais cette colpotomie ouvre ou n'ouvre pas le péritoine, d'où nous pouvons distinguer :

- a) *La colpotomie simple ou extra-péritonéale antérieure.*
- b) *La colpotomie trans-péritonéale ou vésico-utérine ou colpo-cœliotomie antérieure.*

C'est Dührssen qui donna à la colpotomie antérieure trans-péritonéale, le nom de cœliotomie vaginale.

II. — HISTORIQUE

D'après Pozzi, c'est *Ljocis*¹, en 1878, qui aurait rapporté les premiers cas connus d'extirpation des fibromes par colpotomie, et d'après Delagénère², *Derveer*, en 1879, aurait énucléé un fibrome par incision vaginale qu'il aurait ensuite accouché par le vagin au moyen d'un petit forceps.

Mais c'est *Czerny*³, en 1881, qui préconisa particulièrement la voie trans-vaginale soit antérieure, soit postérieure, comme voie d'exploration et d'extirpation des tumeurs. Par une incision transversale pratiquée soit sur le « dôme » antérieur, soit sur le « dôme » postérieur du vagin il procéda à des énucléations de fibromes.

A la suite de Czerny, les chirurgiens français, principalement *Péan, Segond, Bouilly, Richelot, Doyen, Laroyenne, Goullioud*, etc., donnent à la colpotomie surtout une valeur d'opération exploratrice et de traitement des lésions annexielles; de même en Allemagne, *Sänger, Zweifel, Mackenrodt, Dührssen, Döderlein, Martin*, etc., pratiquent cette intervention, mais souvent aussi comme moyen d'extirpation des fibromes.

*Segond*⁴, en 1892, publiait 3 cas d'erreurs de diagnostic démontrant la valeur de l'incision vaginale comme voie d'exploration : dans un de ces cas, il s'agissait de tumeurs végétantes des ovaires qu'il enleva par le vagin alors qu'on avait diagnostiqué un fibrome.

En 1895, *A. Martin*⁵ utilisa la voie vaginale antérieure pour énucléer des fibromes sous-péritonéaux insérés bas sur l'utérus, et même, il étendit bientôt, de parti pris, la colpotomie antérieure au traitement chirurgical de toutes les affections pelviennes de l'appareil génital.

La même année, au IX^e Congrès français de chirurgie, *Bouilly* rapporte 2 cas de fibromes, l'un gros comme une noix, l'autre comme une mandarine, qu'il énucléa de la paroi antérieure de l'utérus par colpotomie antérieure sans ouvrir la cavité utérine, et s'il trouve que c'est une opération d'exception, il pense qu'elle représente l'opération idéale dans ces circonstances où il n'y a pas de fibromes multiples et où la tumeur est peu considérable.

En 1896, *Lejars*⁶ pratique cette opération dont une observation concernant 4 fibromes pédiculés implantés sur la face antérieure du même utérus est recueillie dans la thèse de d'Herbécourt; on en parle au Congrès de Genève et *Sabino Caelho*⁷ (de Lisbonne) s'en déclare partisan convaincu.

En 1897, *Doyen*⁸, au Congrès de Moscou, plaide pour la colpotomie antérieure comme étant l'opération exploratrice par excellence de la cavité pelvienne. La même année, *Fr. V. Castillo*⁹, passe sa thèse sur la colpo-cœliotomie sans hystérectomie, où il mentionne qu'on peut l'employer, en dehors des lésions annexielles, pour certains cas de petits fibromes pédiculés, et où il soutient qu'on doit préférer la colpo-cœliotomie antérieure à la postérieure.

En 1899, *Dührssen*¹⁰, après plusieurs publications, va plus loin : jusqu'à ériger la colpo-cœliotomie antérieure en méthode de choix pouvant remplacer la laparotomie abdominale dans 70 p. 100 de la

totalité des cas; par elle il pratique la césarienne, l'ablation des annexes, la myomectomie, etc.

Enfin, dernièrement, en 1900, notre collègue et ami *d'Herbécourt*¹¹ soutient sa thèse sur la voie vaginale sans hystérectomie, où il étudie la colpotomie antérieure au point de vue expérimental et clinique et où il cite une observation de fibromes multiples extirpés par son maître Lejars par cette voie vaginale antérieure.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

On pratique sur la face antérieure du col une incision courbe demi-circulaire prolongée un peu sur les côtés. C'est ainsi qu'a pratiqué Dührssen qui préfère l'incision transversale large du cul-de-sac vaginal antérieur, tandis que Mackenrodt et A. Martin font une incision vaginale verticale et Doderlein, aussi, une incision sagittale, mais avec 2 petites incisions transversales complémentaires. Mackenrodt appelait son incision : élytrotomie antérieure.

Puis, avec le doigt, on décolle, comme dans le premier temps de l'hystérectomie, la vessie et les uretères qu'elle entraîne dans sa séparation.

A ce moment, on peut en rester là, respecter le péritoine et enlever un petit fibrome pariétal ou pédiculé antérieur bas situé sans ouvrir pour cela la cavité utérine : cette manœuvre est souvent aisée du moment que la petite tumeur est développée dans le tissu conjonctif pelvien lâche qui se trouve à ce niveau et non revêtue de péritoine. On se borne donc à faire une myomectomie extra-péritonéale par colpotomie antérieure simple.

Ou bien, si l'on se trouve en présence de fibromes plus haut situés soit sur la face antérieure, soit sur le fond de l'utérus, on effondrera le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et l'on sectionnera le pédicule s'il s'agit de fibromes pédiculés (c'est alors une polypectomie abdominale par voie colpotomique antérieure), ou l'on incisera l'utérus au bistouri, on ouvrira la capsule et l'on énucléera s'il s'agit d'un fibrome sous-péritonéal sessile (c'est alors une myomo-énucléation abdominale par voie colpotomique antérieure).

Dans ce dernier cas, il ne reste plus qu'à suturer la loge d'énu-

cléation, réduire l'utérus, puis suturer le péritoine et réparer la brèche vaginale. Cela va sans dire, avant de terminer l'opération ou même de commencer l'énucléation, en luxant l'utérus en avant on se rendra compte de l'état des annexes et l'on pratiquera, s'il y a lieu, une castration unilatérale. (Observ. de Lejars.)

Comme on le voit, cette opération est bien différente de l'hystérotomie médiane antérieure qui fend l'utérus jusqu'à sa cavité sur une plus ou moins grande hauteur.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

La myomectomie trans-vaginale, par colpotomie antérieure est entièrement subordonnée à l'ouverture vaginale que l'on peut obtenir, or celle-ci est limitée, par conséquent elle ne permettra que d'extirper des fibromes de volume peu considérable.

En effet, d'Herbécourt a démontré, par ses expériences, que la section colpotomique antérieure donnait un orifice de 3 centimètres et demi de large, moindre par conséquent que celui qu'on peut obtenir au niveau du cul-de-sac postérieur, mais pouvant néanmoins atteindre 4 centimètres et demi en incisant sur les côtés jusqu'au niveau des artères utérines. Cette distance transversale augmenterait aussi, lorsqu'on abaisse l'utérus par traction : alors le cul-de-sac antérieur se trouve relâché et donne une voie d'accès plus facile et plus souple. D'Herbécourt ajoute que les utérines et les uretères ne seront épargnés lorsqu'on cherche la dilatation extrême « qu'à la condition de produire celle-ci, non par incision, mais par distension progressive des tissus ». Du reste, à propos de l'ouverture colpotomique, il y a lieu de tenir compte des conditions individuelles ou pathologiques : « dimensions et dilatabilité du vagin, saillie de la symphyse, abaissement facile de l'utérus, adhérences ».

En somme, avant d'entreprendre cette opération, en dehors des conditions habituelles qui dictent d'une façon plus générale une opération conservatrice, le premier point à résoudre est l'évaluation la plus exacte possible du fibrome qui ne doit pas excéder un certain volume, et comme dit très bien d'Herbécourt : « Ayant affaire à une masse plus grosse que le poing, il est inutile de la reconnaître par une intervention spéciale, si bénigne qu'elle soit,

puisque la voie choisie ne pourrait permettre de terminer par là l'opération. »

Nous pouvons conclure en disant que cette intervention peut être utile dans certains cas rares, mais bien déterminés, où elle pourra permettre, en outre, de constater *de visu* des lésions annexielles concomitantes et d'y remédier. C'est ainsi que Lejars enleva chez une femme de trente et un ans, 4 petits fibromes pédiculés gros comme une noisette, de la face antérieure de l'utérus, en même temps qu'il fit l'ablation des annexes gauches trouvées malades : c'était faire de la bonne chirurgie conservatrice et laisser à la femme, malgré cette annexectomie, la possibilité de devenir enceinte.

2. MYOMECTOMIES TRANS-VAGINALES

OU COLPOTOMIQUES POSTÉRIEURES

pour fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou sous-péritonéaux sessiles
de la face postérieure de l'utérus,
ou pour fibromes rétro-péritonéaux ayant dédoublé la cloison recto-vaginale

I. — DÉFINITION

Ces opérations consistent à enlever les fibromes sus-énumérés en traversant le cul-de-sac postérieur du vagin, soit en respectant la péritoine, soit en l'ouvrant, d'où nous pouvons distinguer :

a) *La colpotomie simple ou extra-péritonéale postérieure ;*

b) *La colpotomie trans-péritonéale ou douglasienne ou colpo-cœliotomie postérieure.*

II. — HISTORIQUE

Les indications historiques que nous avons données à propos des précédentes opérations sont, pour celles-ci, presque identiques, car ce furent les mêmes chirurgiens qui pratiquèrent et essayèrent la colpotomie postérieure comme l'antérieure pour l'extirpation de certains fibromes. Nous n'avons donc que des notions complémentaires à donner ici. Aux noms de *Ljocis*, *Czerny*, *Sänger*, *Mackenrodt*, *Dührssen*, *Döderlein*, *A. Martin*, *Bouilly*, *Doyen*, etc., nous ajouterons ceux d'*Olshausen*¹², de *E. Bækkel*¹³ qui fit, en 1885, le premier, une opération raisonnée et typique d'énucléation trans-vaginale pour fibrome cervical; de *Péan*¹⁴ qui, en 1886, parle des fibromes utérins se développant vers la cloison recto-vaginale et de la colpo-cœliotomie postérieure; de *Sutton*¹⁵ (1886) qui ouvrait le cul-de-sac vaginal au thermo-cautère; de *Lange*¹⁶ (1887), de *Sarwey*¹⁷ (1899) qui apporte, au 8^e Congrès de la Société allemande de gynécologie, la statistique de *Döderlein* concernant

la colpo-célotomie; du Professeur *Dmitri de Ott*¹⁸, de Saint-Pétersbourg (1900) qui, au XIII^e Congrès international tenu à Paris, fait une communication des plus intéressantes sur : « Les résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibro-myomes rétro-péritonéaux de l'utérus et l'importance de la méthode vaginale avec myomectomie conservatrice. » Dmitri de Ott a présenté ainsi une statistique de 27 cas de myomectomie trans-vaginale postérieure, dont plusieurs concernaient des fibromes dépassant le volume d'une tête de nouveau-né.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Deux cas peuvent se présenter :

1° *Le fibrome est pédiculé ou sous-péritonéal sessile, sur la face postérieure du corps ou du col utérins, mais ne déforme pas le cul-de-sac vaginal postérieur.*

Alors, on n'a qu'à pratiquer bien simplement une colpotomie postérieure trans-péritonéale et transversale, et, par cet orifice, agrandi par divulsion digitale, qui n'excède pas, d'après les expériences de d'Herbécourt, plus de 15 centimètres de circonférence, pratiquer la section du polype péritonéal ou l'énucléation de fibrome sessile : on fait, en somme, une polypectomie ou une myomectomie abdominale par voie vaginale. On n'a plus qu'à refermer le cul-de-sac ou drainer si besoin est.

2° *Le fibrome développé aux dépens de la face postérieure du col ou du segment inférieur, s'insinue dans le Douglas et vers la cloison recto-vaginale, efface le cul-de-sac vaginal postérieur et fait relief sur la paroi vaginale postérieure.*

On soulève en avant le col saisi avec des pinces, de manière à bien avoir devant soi la paroi vaginale postérieure bombée dans ce cas.

On incise longitudinalement sur son milieu la paroi vaginale dans toute l'étendue de la tumeur appréciable par le vagin : on peut même, par cette incision qui est d'ailleurs peu hémorrhagique, sectionner la lèvre postérieure du col, ce qui pourra faciliter, dans certains cas, l'étude des connexions de la tumeur.

On décortique alors au doigt la tumeur qui se laisse, en général,

très facilement isoler à cause de la laxité du tissu conjonctif qui l'entoure, surtout si le fibrome n'est pas très volumineux et si les tissus ne sont pas dégénérés, ainsi que l'ont démontré Péan, Pozzi¹⁹, Dmitri de Ott : il ne reste plus qu'à l'énucléer, ce qui est aisé.

Mais si le fibrome est considérable, haut inséré sur la face postérieure de l'utérus, coiffé de péritoine, force est de recourir au morcellement. Si les connexions de la tumeur avec l'utérus sont très étendues et si l'extirpation est suivie d'hémorrhagie, on attire, comme le conseille Dmitri de Ott, l'utérus dans la plaie pour suturer la surface saignante.

Si le péritoine se trouve effondré au cours de l'opération, l'on ne s'en inquiétera pas et l'on en profitera même pour faire une exploration du reste de l'utérus et des annexes et pour se comporter en conséquence : la séreuse sera ensuite fermée par un surjet.

La poche intra-cellulaire, creusée derrière la paroi vaginale postérieure et qui résulte de l'extraction du néoplasme, sera capitonée, ou mieux, drainée et tamponnée.

Les complications à craindre de cette opération sont la blessure possible du rectum, l'hémorrhagie, le thrombus du vagin, l'infection péritonéale : malgré cette éventualité, quelques habiles chirurgiens ont obtenu de très beaux succès.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

La myomectomie trans-vaginale ou colpotomique postérieure s'adresse :

1° *Aux polypes pédiculés de la face postérieure de l'utérus.*

Dans des cas rares et bien spécifiés, elle sera, non seulement utile, mais facile ; car il est très simple par cœliotomie vaginale postérieure d'explorer l'utérus, de le luxer en arrière pour le vérifier *de visu* et d'inspecter les annexes, et, comme l'ont soutenu Péan²⁰, puis son élève Delaunay²⁰ au XI^e Congrès français de chirurgie : il ne faut pas tout sacrifier d'emblée et il n'est pas nécessaire de toujours ouvrir le ventre, alors qu'on peut contrôler si facilement par cette voie un diagnostic ou même l'établir. D'ailleurs, bien des auteurs encore pensent, à tort, que toute opération commencée par le vagin doit entraîner une fatale castration de la femme. Et puis, dans certaines circonstances, il sera possible d'ad-

joindre à ces polypectomies trans-vaginales faciles une opération complémentaire sur les annexes s'il y a lieu : castration unilatérale (comme le fit Lejars dans une colpotomie antérieure pour fibromes pédiculés), ignipuncture, résection ovarienne, cathétérisme et opérations plastiques des trompes (Pozzi, Cittadini²¹, Vidal²², etc.).

Nous rappellerons, au sujet de la colpo-cœliotomie postérieure, une observation de malade que notre maître Segond opéra à Baudeloque, le 14 juin 1899 ; il s'agissait d'un fibrome diagnostiqué sous chloroforme, inséré à la face postérieure de l'utérus et gros comme une mandarine ; l'utérus était normal et mobile ; la malade n'avait ni métrorrhagies, ni très violentes douleurs et Segond ne l'opéra que parce qu'elle le désirait absolument. Accédant à notre désir, notre maître voulut bien consentir à pratiquer une colpo-cœliotomie postérieure exploratrice, mais comme il trouvait le fibrome implanté sur une large base, que la femme avait dépassé la trentaine et avait eu trois enfants, il se décida, après exploration, à pratiquer l'hystérectomie vaginale ; les annexes étaient absolument saines. Nous avons examiné les pièces, et en dehors des considérations qui avaient fait agir Segond, nous avons pensé qu'on eût pu, ou bien passer par le ventre et faire une myomectomie même sans énucléation, car le fibrome avait une base séreuse plutôt que fibreuse, quoique large, ou bien par la colpo-cœliotomie postérieure exploratrice, pratiquer cette ablation suivie de simple ligature ou de suture et même cette extirpation avec application d'une pince à demeure placée sur le pédicule ressortant par le vagin et qu'on aurait enlevée au bout de 24 heures. D'ailleurs, Segond a opéré dans ces dernières conditions (application d'une pince sur le pédicule ressortant par l'ouverture colpotomique) un fibrome de l'ovaire, dont nous avons rapporté l'observation dans notre étude « sur les tumeurs solides de l'ovaire²³ » parue dans la Revue de Pozzi.

Bouilly²⁴ (1895) enleva par colpo-cœliotomie postérieure un fibrome situé sur le bord gauche de l'utérus, auquel il n'adhérait que par des tractus cellulieux peu résistants.

Dans les conditions d'exécution très aisées où elle pourra parfois se présenter, la colpo-cœliotomie postérieure a un coefficient traumatique inférieur à celui de la laparotomie, elle n'expose pas à l'éventration et ne laisse pas de cicatrice apparente.

2° Aux fibromes sous-péritonéaux sessiles de la face postérieure de l'utérus.

Par colpo-cœliotomie postérieure, on pourra faire une énucléation de ces fibromes, mais avec la réserve qu'ils seront peu considérables. D'après d'Herbécourt, la dilatation transversale ou verticale maxima de l'ouverture colpotomique postérieure chez une femme adulte n'excède pas 5 centimètres et sa circonférence 15 centimètres. Aux tumeurs qui auront un volume supérieur à ces dimensions, on pourra appliquer, par exception, le morcellement pour les réduire et encore faut-il s'attendre à ce que la partie enlevée du fibrome entraîne l'opérateur à une hystérectomie vaginale totale. Du reste, pour peu que la brèche utérine qui résulte de l'énucléation du fibrome soit difficilement réparable, il vaut mieux renoncer à l'opération conservatrice.

Limitée à certaines indications restreintes qui la font applicable nettement à des tumeurs petites « se présentant bien par le vagin », la colpo-cœliotomie postérieure peut être une bonne et bénigne opération.

3° Aux fibromes sous-séreux rétro-péritonéaux, rétro-cervicaux, ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

Ces fibromes rétro-péritonéaux (Dmitri de Ott) qui se développent au-dessous du péritoine dans le tissu cellulaire paramétritique postérieur, en acquérant un certain volume, arrivent parfois à un bouleversement total de la topographie du compartiment postérieur pelvien. En s'enclavant, ils immobilisent, déplacent ou compriment, l'utérus, le vagin, la vessie, les uretères, le rectum, les gros vaisseaux et les nerfs, déterminent des troubles douloureux et occasionnent des accidents redoutables.

Cependant, d'après quelques chirurgiens, ces tumeurs ne sont pas au-dessus des ressources de l'art et leur extirpation est même possible avec la conservation de l'utérus et ses annexes. Dmitri de Ott qui s'est fait, au dernier Congrès international de Paris, le défenseur autorisé de cette opération dit avoir pratiqué par colpo-cœliotomie postérieure 27 cas de myomectomie conservatrice, et, d'après ses statistiques personnelles, il admet que la méthode vaginale, dans ces cas-là, est trois fois moins dangereuse, proportionnellement que la laparotomie.

3. MYOMECTOMIES TRANS-VAGINALES OU COLPOTOMIQUES LATÉRALES

pour fibromes utérins développés dans le ligament large

I. — DÉFINITION

Ces opérations s'adressent aux tumeurs fibreuses incluses dans le ligament large pédiculisables ou en tous cas séparables de l'utérus sans grand délabrement. Leur caractéristique est d'aborder le ligament large à sa base et à sa partie interne par le cul-de-sac latéral du vagin et d'être des opérations extra-péritonéales.

II. — HISTORIQUE

La colpotomie latérale pour tumeur solides intra-ligamentaires est connue depuis longtemps et elle est mentionnée dans les divers auteurs classiques. Les premiers faits publiés semblent appartenir à Péan. Dans ces derniers temps elle a été plus particulièrement préconisée par *Stratz*²⁵ (1899) qui l'a appliquée aux fibromes aussi bien qu'aux lésions annexielles, et tout dernièrement, notre collègue *d'Herbécourt*²⁶ (1900) a étudié sa valeur comme voie d'accès.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

On découvre le col utérin en plaçant un écarteur dans les culs-de-sac antérieur et postérieur. On saisit ce col avec des pinces, on l'abaisse et le tire du côté opposé au cul-de-sac latéral que l'on va ouvrir : un aide maintiendra vigoureusement cette traction latérale. On cherche à percevoir les battements de l'artère utérine

et immédiatement en arrière d'elle, parallèlement à sa direction, on fait une incision transversale (de 5 à 8 centimètres, d'après Stratz), commençant à la partie postéro-latérale du col et se dirigeant en dehors.

Cette incision permet au doigt d'aborder facilement le parametrium, de le décoller sur une grande hauteur et d'arriver sur la tumeur, aisée à reconnaître, grâce à sa consistance. Avec des écarteurs introduits dans la plaie, on l'élargit et on peut contrôler de l'œil les manœuvres des doigts, reconnaître même l'utérine et l'uretère selon Stratz.

S'il existe un fibrome peu volumineux et pédiculé, on sectionnera le pédicule au ras de l'utérus. Si le corps fibreux est assez considérable, on le morcellera.

La colpotomie trans-vaginale latérale pourra être complétée, dans certains cas, par une hystérotomie latérale correspondante complémentaire qui donnera beaucoup de jour. Nous avons vu Second opérer une fois ainsi avec plein succès.

La tumeur une fois enlevée, on nettoiera soigneusement la loge intra-ligamentaire, on la drainera et la tamponnera, on rétrécira l'ouverture colpotomique par quelques points. S'il y a des vaisseaux qui saignent, on devra, plutôt que de se livrer à de longues et pénibles ligatures, laisser des pinces hémostatiques à demeure comme dans une hystérectomie vaginale.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

Cette opération est tout indiquée dans les fibromes utérins intra-ligamentaires peu volumineux et surtout qui n'ont qu'une surface d'insertion limitée sur le bord correspondant de l'utérus.

Dans ses recherches, d'Herbécourt a cru voir que la colpotomie latérale donnait plus de jour que la colpo-cœliotomie postérieure : la voie d'accès qu'elle livre mesurerait de 5 à 7 centimètres.

Stratz, qui est très enthousiaste de la colpotomie latérale, dit qu'elle lui a permis le passage facile d'un fibrome mesurant 12 à 15 centimètres : il a eu affaire sans doute à un vagin particulièrement dilatable. Pour cet auteur le péritoine ne court aucun danger, car il fuit sous le doigt, la perte de sang est presque nulle, la blessure de l'utérine et de l'uretère est tout à fait évitable : ce

sont là en effet les complications possibles de cette opération, mais Stratz nous semble un peu trop optimiste. Stratz dit avoir enlevé un fibrome intra-ligamentaire profond compliqué de para-métrite post-appendiculaire.

Delagénière²⁷ conseille de joindre à l'énucléation trans-vaginale latérale la ligature atrophiante de l'utérine comme opération complémentaire : c'est en effet facile. Ce chirurgien dit, qu'après 40 ans, il n'y a plus d'intérêt à conserver l'utérus et qu'on doit préférer l'hystérectomie abdominale totale ou vaginale. Nous pensons que la question de l'âge ne doit pas être une raison exclusive, car il y a un facteur de bénignité dont il faut tenir compte ; et malgré tout, une énucléation trans-ligamentaire vaginale bien indiquée est facile et d'un pronostic meilleur que l'hystérectomie totale, surtout abdominale.

.

4. MYOMECTIONIES TRANS-VAGINALES OU COLPOTOMIQUES CIRCULAIRES

pour petits fibromes multiples de la portion vaginale ou sus-vaginale du col.

Si l'on a affaire à quelques noyaux multiples du col (pas nombreux cependant, deux, trois ou quatre au plus), au lieu de procéder à leur énucléation successive, on peut faire l'amputation, soit vaginale, soit sus-vaginale du col. C'est ainsi qu'ont fait quelques chirurgiens.

Il s'agit là, non plus d'une myomectomie pure, mais d'une hystérectomie partielle inférieure, d'une véritable cervicectomie.

G.-H. Nable²⁸ rapporte le cas d'un allongement hypertrophique du col avec corps fibreux cervical entraînant un prolapsus total du vagin pour lequel il fit une amputation sus-vaginale très élevée après ligature des artères utérines.

Mais, à notre avis, cette myomectomie par colpotomie circulaire, ou mieux cette cervicectomie n'a que des indications fort limitées, car il est bien probable que, s'il y a des noyaux multiples dans le col, il en existe autant dans le corps de l'utérus.

OPÉRATIONS PAR VOIE PÉRINÉALE

PÉRINÉOTOMIES

pour fibromes utérins ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

I. — DÉFINITION

Les périnéotomies sont des opérations exceptionnelles auxquelles on peut avoir recours quelquefois (principalement la périnéotomie transversale) pour aborder certains fibromes interstitiels nés sur la face postérieure de l'utérus et qui, en se développant, descendent dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale qu'ils dédoublent, et obstruent la partie supérieure du vagin devenue ainsi inaccessible de telle sorte qu'il est impossible de les abaisser et les morceler.

II. — HISTORIQUE

La périnéotomie comme voie pour aborder le Douglas en dédoublant la cloison recto-vaginale a été pratiquée il y a déjà longtemps ; mais elle était appliquée à l'évacuation de collections pelviennes. L'idée première semble appartenir à *Hegar*. *Sänger*, *Zuckerkindl*, pratiquèrent cette opération et la perfectionnèrent.

Czerny fit l'énucléation trans-périnéotomique de fibromes. *Le Fort*¹, à la Société de chirurgie, en 1888, rapporte un cas de myome utérin cervical infiltré dans la cloison recto-vaginale sur toute sa hauteur et qui simulait une rectocèle vaginale. Le Fort dédoubla la cloison recto-vaginale, ce qui le conduisit à un pédicule par lequel le corps fibreux était inséré, mais son cas n'est pas très

net au point de vue de la périnéotomie proprement dite. A ce propos, *Marc Sée*² raconte à la même Société qu'il énucléa une fois avec assez de facilité un myome qui avait le volume d'une tête d'enfant et qui occupait la cloison recto-vaginale : ce myome était sans doute d'origine utérine et avait rompu son pédicule.

*Péan*³, en 1894, au XI^e Congrès international de médecine tenu à Rome, fait une communication importante sur l'ablation de gros fibro-myomes interstitiels du corps de l'utérus par la voie périnéo-vagino-rectale.

Plusieurs autres chirurgiens ont extirpé des fibromes par cette voie, entre autres notre maître *Pozzi*⁴, par qui nous vîmes pratiquer une fois cette ablation.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La malade est placée dans la position de la taille périnéale.

Dans le périnée antérieur, entre l'anus et la vulve, on mène une incision transversale de 8 centimètres environ d'un ischion à l'autre. C'est l'incision de Zukerkandl à laquelle Säger a ajouté, pour se donner plus de jour, deux autres incisions partant des extrémités de la première et se portant en arrière et en dehors, ayant 4 centimètres environ, ce qui donne à l'ensemble des incisions à peu près la forme d'un H.

On a donc deux lambeaux, antérieur et postérieur, que l'on dissèque en ayant soin de n'ouvrir ni le vagin, ni le rectum.

Puis, on dédouble la cloison recto-vaginale en se tenant plus près de la paroi vaginale que de la paroi rectale : ce décollement est relativement facile, d'après Pozzi.

Dès que la tumeur sera rencontrée, on la décortiquera en partie et on la morcellera, si besoin est, en ayant soin autant que possible, vers la fin, de ne pas effondrer le péritoine, car il vaut mieux, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, ne pas pénétrer dans la séreuse.

La tumeur extirpée, on asséchera bien la cavité d'énucléation, et s'il y avait, malgré la pose de pinces que l'on peut laisser à demeure, un suintement hémorrhagique persistant, on en ferait le tamponnement ; si tout s'est bien passé, on draine largement et on referme en partie la plaie périnéale.

Péan procédait autrement : il faisait l'hémostase préventive en introduisant deux pinces à longs mors dont une branche passait dans le rectum, l'autre dans le vagin ; une pince à droite, l'autre à gauche, limitant les côtés de la cloison recto-vaginale. Il sectionnait ensuite tous les tissus entre les deux pinces sur la ligne médiane. Lorsque le fibrome apparaissait, il le saisissait avec des pinces dentées, l'abaissait et le fragmentait. Il suturait ensuite par un surjet la paroi rectale, puis la paroi vaginale fendues, et dans leur intervalle, jusqu'au fond de la cavité fibreuse, faisait un drainage avec des gros tubes de caoutchouc et un tamponnement avec des éponges imprégnées de salol ou d'iodoforme. Il enlevait les pinces laissées à demeure au bout de plusieurs heures et le tamponnement au bout de 3 à 4 jours.

Péan préconisait sa méthode de préférence aux procédés par lesquels on intervient par la voie ischio-vaginale (Sänger, Hegar) ou par la voie sacrée.

IV. — INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

La périnéotomie pour corps fibreux est une opération exceptionnelle et qui le deviendra encore davantage, maintenant qu'on opère plus tôt ces tumeurs.

Néanmoins, elle peut trouver son emploi dans l'extirpation des fibromes nés sur la paroi postérieure du segment inférieur de l'utérus et du col et qui, se développant vers le plancher pelvien, ont dédoublé la cloison recto-vaginale, rendant l'ablation directe par le vagin impossible.

Quant aux opérations par la voie sacrée par laquelle on peut aborder, il est vrai, l'espace pelvi-rectal supérieur, les ligaments larges et l'utérus, et pratiquer l'ablation de ce dernier organe (Morestin, Thèse inaug., Sieur⁵), elles n'ont point leur raison d'être dans la chirurgie conservatrice de l'utérus pour fibromes.

QUATRIÈME PARTIE

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FIBROMES UTÉRINS

PENDANT LA PUERPÉRALITÉ

(Polypectomies et énucléations vaginales ou abdominales, césarienne conservatrice avec myomectomie consécutive ; ablation de fibromes à l'occasion de grossesses extra-utérines).

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La chirurgie conservatrice, à propos des fibromes compliquant la gravidité utérine n'a que l'occasion relativement rare d'être appliquée, et la plupart des auteurs ont signalé, de tout temps, la possibilité de la grossesse menée à terme et de l'accouchement sans encombre, malgré la présence de ces tumeurs. Le nombre de femmes porteuses de fibromes est considérable, le nombre de femmes enceintes qui ont un utérus fibromateux est donc relativement important, et cependant la grossesse est rarement troublée dans sa marche et l'accouchement rendu difficile, dangereux ou impossible. Bigex¹ a établi une statistique portant sur les accouchements pratiqués à Baudelocque dans le service de son maître le professeur Pinard pendant les cinq dernières années : sur 12051 femmes qui accouchèrent pendant cette période, 83 présentèrent des fibromes et 4 fois seulement l'accouchement par les voies

naturelles fut impossible et l'on dut recourir à une grande opération.

Mais, bien que cette complication n'appelle pas souvent l'intervention du chirurgien, il n'en est pas moins vrai que cette dernière est parfois absolument nécessaire, et que, dans ces conditions, il y a intérêt à la pratiquer avec le moins de dégâts possibles, avec même la conservation intégrale des organes. Il y a plus encore, il est plausible, pour ne pas dire prudent, de compter par avance avec les dangers éventuels que peuvent présenter de telles grossesses, afin de les prévenir dans une certaine mesure. Cette conduite a pour conséquence non pas seulement de garder une expectative armée qui ne veut intervenir qu'au moment inévitable, mais de s'efforcer au maintien du cours d'une bonne grossesse par une opération raisonnée et conservatrice.

Il n'est pas douteux que cette chirurgie tend à prendre une extension de plus en plus grande (les faits qui se multiplient le prouvent), en s'appliquant soit aux différents stades de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, soit enfin dans le post-partum, et c'est pourquoi envisageant cette question, le titre de ce chapitre que nous avons cru devoir adopter paraît répondre à son ensemble. Le nom de *gravidiques*, donné par certains auteurs récents à cette catégorie de fibromes compliquant la grossesse, prête à confusion : il peut y avoir et il y a des utérus fibreux gravidiques mais non des fibromes gravidiques.

Deux sortes de faits dissemblables donnent à croire que l'avenir des opérations conservatrices au cours de la grossesse ou, plus complètement, de la puerpéralité, n'est pas si restreint qu'on pourrait au premier abord le penser, et que leur autorisation morale et scientifique est permise : c'est, d'une part, la tolérance beaucoup plus bienveillante qu'on ne l'a dit jusqu'ici, de l'utérus grévise, et d'autre part le très grand nombre des accidents, rares c'est possible, mais qui peuvent en somme se présenter et qui, de ce fait, doivent être prévus et empêchés.

Ces complications ont été décrites longuement dans les traités classiques et des travaux excellents; aussi ne ferons-nous que les énumérer en bloc, pour ainsi dire. Pendant la grossesse, les fibromes peuvent exposer à des avortements réitérés, à de mauvaises présentations à des insertions vicieuses, à des accidents de compression urinaire et intestinale, à des troubles cardiaques, à des phénomènes péritonitiques, à la torsion du pédicule, à la suppuration et au

sphacèle des tumeurs; au moment de l'accouchement, ils peuvent être une cause grave de dystocie, exposer à la rupture prématurée des membranes, à la procidence du cordon, aux ruptures utérines; pendant la délivrance, à des hémorrhagies terribles et à la rétention des membranes; pendant les suites de couches, aux hémorrhagies, à l'infection, etc.

Par cette énumération sèche, on voit que si les fibro-myomes sont souvent inoffensifs, ils ne manquent pas de moyens nuisibles pour manifester capricieusement leur présence : aussi bien est-ce ce caractère d'inconstance qui les rend périlleux pour la mère et pour le produit fœtal.

Quant à la tolérance de l'utérus gravide pouvant permettre les opérations que nous passerons en revue, elle est prouvée par des faits nombreux dont quelques-uns sont anciens. Faut-il citer les ablations d'annexes au cours de la grossesse (Arnott², Burd³, J. K. Thornton⁴, Mundé, Gardner, Montgomery, Potter⁵, Bovée⁶, A. Sokoloff⁷, etc., etc.), les manœuvres hystérométriques dans un but abortif, le curettage (cas de Lelarge et Verchère⁸), les plaies pénétrantes de l'utérus gravide même avec issue partielle de liquide amniotique (Estor et Puech⁹), les ovariectomies pour kystes de l'ovaire, les opérations d'appendicite pendant la grossesse (professeur Pinard, Segond, etc.), et enfin les polypectomies, les énucléations qui ont été souvent entreprises avec succès, ainsi que nous le verrons à l'historique des opérations conservatrices?

Mais si les occasions de pratiquer les opérations conservatrices sur utérus gravide ou puerpéral sont bien diverses à défaut de fréquentes, et si la possibilité est réelle de les entreprendre avec bonheur, il n'en existe pas moins que la grande difficulté de la question réside surtout dans le choix des indications et l'appréciation des circonstances ou simplement favorables ou bien nécessaires. C'est la grande difficulté, disons-nous, c'est aussi le point le plus important et le plus intéressant ; pour cette raison, nous lui avons donné la plus large place ici, après un historique dont nous nous sommes permis la longueur un peu aride pour bien montrer l'évolution et le chemin parcourus.

Pour résoudre la question primordiale des indications, il faut une compétence toute spéciale en obstétrique et avant de se prononcer sur l'opportunité de l'expectation, des opérations radicales mutilatrices ou des interventions conservatrices, accoucheurs et

chirurgiens auront à mettre en commun leur savoir, leur bon sens et la maturité de leur expérience.

Nous avons très modestement essayé de montrer le groupement de ces opérations *conservatrices* pendant la puerpéralité tout entière : grossesse, accouchement, post-partum, et aussi bien à propos des trompes anormalement gravides qu'au sujet des utérus gravides. Nous les avons isolées des autres interventions pratiquées pendant la grossesse auxquelles cependant les unissent tant d'éventualités et d'indications communes, nous efforçant ainsi de rester dans le cadre que nous nous sommes imposé.

Mais avant d'aborder leur étude particulière, nous devons dire que dans les cas d'*incapacité maternelle*, selon l'expression de Max. Carrière¹⁰, par fibromes empêchant la gravidité d'avoir pour conclusion la naissance spontanée, à terme, d'un enfant vivant non dégénéré, nous ne pensons pas, comme l'affirme paradoxalement cet auteur, que « la femme a perdu le droit physiologique à la maternité et qu'elle a commis une injustice ! », mais qu'au contraire, elle peut récupérer ce droit dans une certaine mesure grâce aux interventions conservatrices. En tout cas, nous adopterons pour nous guider dans l'appréciation des éléments qui doivent baser chaque indication, une règle générale relevant des préceptes magistralement formulés par le professeur Pinard¹¹, à propos du soi-disant fœticide thérapeutique, à savoir : le droit imprescriptible de l'enfant à la vie. C'est dire, dès l'abord, qu'il ne sera parlé d'aucune manœuvre fœticide : basiotripsie, embryotomie sur l'enfant vivant.

Pour résumer ces considérations générales sur la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes compliquant la puerpéralité, nous disons :

1° La proportion des cas de dystocie nécessitant une intervention opératoire est vis-à-vis du nombre des utérus fibreux gravides, relativement restreinte ;

2° Mais dans cette thérapeutique chirurgicale, lorsqu'elle est imposée, un groupe d'opérations conservatrices a une valeur véritable et trouve ses indications ;

3° La chirurgie conservatrice a sa raison d'être en face de l'éventualité des complications souvent imminentes, en tout cas très diverses, très polymorphes, sinon fréquentes ;

4° Les opérations conservatrices sont possibles grâce à la tolé-

rance grande de l'utérus gravide prouvée par les interventions multiples et variées qui ont été souvent tentées sur lui avec succès;

5° La question des indications prime toute cette thérapeutique : elle en constitue le point très important et souvent très délicat où se doivent apporter pour le résoudre des connaissances obstétricales approfondies jointes à l'expérience et à l'habileté chirurgicales;

6° Un précepte d'ordre général doit planer au-dessus de tout, lors de la discussion sur la conduite à suivre : le respect absolu de la vie fœtale.

II. — HISTORIQUE

Bien qu'intimement liée à l'histoire générale des opérations palliatives, auxiliaires, radicales ou mutilatrices entreprises durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, celle des interventions conservatrices de l'utérus et de ses annexes qui permettent, en cas de fibrome, de parer aux accidents menaçant la vie de la femme, d'éviter l'expulsion abortive et de supprimer cette cause de dystocie ultérieure et itérative, doit être seule résumée ici. Pour l'ensemble de toute la chirurgie obstétricale pour corps fibreux compliquant la gravidité ou plus précisément la puerpéralité on pourra se rapporter avec fruit à l'excellente thèse de notre collègue *Turner*¹², puis aux récents articles de *Delagénière*¹³, de *Lepage*¹⁴, enfin à la communication du professeur *Pinard*¹⁵ au Congrès international tenu à Paris en 1900.

Pendant très longtemps l'expectation, désarmée d'ailleurs, a été l'attitude, on pourrait dire traditionnellement séculaire, des accoucheurs en présence des fibromes dystociques, et à cet endroit l'Antiquité, le Moyen âge, la Renaissance sont des époques qui n'ont rien à s'envier comme prudence dans l'abstention opératoire. N'ayant pas la puissance de faire le bien, on ne faisait point le mal par hardiesse non encore autorisée, et cette réserve était louable.

Cependant, après cette longue période où le traitement des fibromes durant la grossesse et l'accouchement était encore dans les limbes, une première aube se lève au domaine obstétrical, en 1749, avec le mémoire de *Levret* où se trouve indiquée la ligature du pédicule de polypes fibreux barrant la voie génito-pelvienne,

intervention timide mais pouvant faire espérer, cependant par manière plus active, l'heureuse terminaison de l'accouchement pour laquelle l'expulsion spontanée était un espoir trop souvent déçu.

En 1791, *Michelacci* rapporte un cas d'opération vaginale pour polype dystocique : le néoplasme siégeait au niveau de l'orifice de l'utérus ; on le sectionna, on fit une application de forceps et l'on obtint un enfant vivant.

Depuis cette époque, jusqu'en 1876, avènement de la méthode listérienne, se poursuit une phase où la chirurgie obstétricale, comme le dit Turner, « resta presque passive ». Mais une chirurgie qui est passive n'existe pas, c'est pourquoi l'abstention pure vis-à-vis des fibromes aggravant la grossesse demeurait encore la règle à laquelle on ne fit que de rares infractions par des essais sporadiques de polypectomie ou de myomectomie. Entre temps, l'attention des accoucheurs ne restait pas inoccupée et l'on discuta souvent, non sans passion, sur la conduite à tenir au sujet de l'avortement provoqué, de l'accouchement prématuré, de l'opération césarienne, meurtrière durant tout un siècle (discussions à la Réunion des médecins de Londres en 1756, à l'Académie de médecine de Paris, en 1827, à la Société de chirurgie de Paris 1868 et 1869).

Dans les vingt-cinq dernières années du ^{xix}^e siècle, avec l'avènement et les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, la chirurgie obstétricale entre dans une voie aussi hardie qu'elle avait été auparavant timorée ou incomplète : la voie abdominale est plus souvent frayée pour des interventions radicales et souvent mutilatrices. En 1876, *Porro* crée l'opération qui porte son nom, en 1882 avec *Sänger* la césarienne reconquiert son patrimoine perdu, puis les hystérectomies vaginale et abdominale totales prennent le droit de cité qu'elles méritaient dans l'obstétrique.

Mais cette chirurgie, devenue relativement bénigne, pouvant le plus pouvait le moins, et c'est pourquoi un mouvement s'est dessiné dernièrement en faveur des opérations qui tout en étant efficaces pour lever l'obstacle dystocique et permettre l'accouchement, radicales envers le fibrome, demeurent conservatrices en respectant l'utérus et les annexes.

Dès maintenant, mieux armé, le chirurgien a des devoirs plus grands et il peut être mis en demeure d'avoir à supprimer la cause des accidents qui mettent en danger la vie de la femme et celle du

fœtus, en ayant recours autant que le cas sera possible, à la conservation des organes maternels.

Voyons spécialement quelle a été l'évolution de ces opérations conservatrices sur l'utérus gravide ou puerpéral, quels noms en ont marqué les étapes principales ou jalonné le chemin, par quels essais ou par quels travaux.

I. FIBROMES A ÉVOLUTION VAGINALE

A. *Polypectomie vaginale.*

a) *Pendant la grossesse.*

Nous avons rapporté que l'indication première de cette opération se trouve dans le mémoire de *Levret* en 1749. Depuis cette époque la polypectomie vaginale a été pratiquée plusieurs fois et nous devons citer : le cas d'*Oldham*, signalé dans la thèse de *Chahbazian*¹⁶, où la polypectomie fut faite au quatrième mois et où l'accouchement eut lieu à terme ; le cas de *Merriman*, rapporté par *Turner*, où la ligature, faite au huitième mois, fut suivie de la chute du polype le quatrième jour et où l'accouchement se fit à terme. *Chahbazian* rapporte encore les cas de *Larcher*, *Lever*, *Evans*, etc. *Felsenreich*¹⁸ (1887), en a publié un exemple où la tumeur avait le volume d'un citron : la grossesse ne fut pas interrompue. *Thummim*¹⁹ (1896), dans une statistique, en rapporte plusieurs cas de guérison avec continuation de la grossesse et accouchement à terme.

b) *Au terme de la grossesse ou pendant l'accouchement.*

Au moment de l'accouchement, le pédicule des polypes peut être forcé, se rompre et la tumeur être expulsée au-devant de la tête fœtale ainsi que depuis longtemps on avait eu l'occasion de l'observer (*Levret*, *Dubois*, *Depaul*, *Demarquay*, *Saint-Vel*²⁰, etc.).

Mais on essaya à une époque déjà ancienne de pratiquer la section du pédicule pour faciliter l'accouchement : *Michelacci*, en 1791, fit suivre la polypectomie d'une application de forceps, puis *Bell*²¹, en 1820, rapporta un cas analogue.

Depuis, les cas se sont multipliés au point de ne plus présenter d'intérêt, aussi n'insisterons-nous pas davantage.

c) *Dans les suites de couches ou le post-partum.*

On a souvent extirpé des polypes, déjà disloqués par le passage du fœtus, après l'accouchement ou dans les jours qui ont suivi, pour prévenir les accidents d'infection et de gangrène et se mettre à l'abri des hémorrhagies. *Haliday Croom*²² (1892), a étudié et réuni un total de 21 observations éparses dans la science, de polypes fibreux compliquant la puerpéralité sur lesquelles, 10 concernent l'extirpation de tumeurs gangreneuses ou non compliquant le post-partum. H. Croom recommande, du reste, d'enlever ces polypes immédiatement après, afin de prévenir la gangrène et les accidents de résorption consécutifs.

B. *Énucléation ou myomectomie vaginale.*

a) *Pendant la grossesse.*

Cette opération pour fibromes développés sur le col par une large implantation ou même complètement sessiles a été tentée plusieurs fois avec plein succès, c'est-à-dire avec guérison de la mère et continuation de la grossesse.

*Hanck*²³ l'a pratiquée en 1836, *Danyau*²⁴, en 1851, rapporte qu'il a enlevé un de ces fibromes qui mesurait 15 centimètres de diamètre et qui pesait 650 grammes. *Ogden*²⁵, en 1885, en cite un exemple. *Mayo-Robson*²⁶ a enlevé, en 1889, au galvanocautère, un fibrome du col qui avait le volume d'une noix de coco, au 7^e mois de la grossesse : l'extirpation fut suivie d'hémorrhagie, ce qui ne créa aucune complication du reste et ce qui n'empêcha pas que l'accouchement ne se fit à terme. *Vautrin*²⁷, en 1893, enlève un fibrome du col au 4^e mois de la grossesse qui poursuit son cours. Nous devons encore citer le cas de *Fraipont*²⁸ (1895).

b) *Au terme de la grossesse ou pendant l'accouchement.*

*Braxton Hicks*²⁹, en 1870, pratique, dans un cas, la myoménucléation qu'il fait suivre immédiatement d'une application de forceps : l'accouchement se termina heureusement.

*J. Farrant Fry*³⁰, en 1884, cite le cas d'une femme ayant eu 9 grossesses qui avaient été, toutes, au moment de l'accouchement, compliquées par la présence d'un fibrome de la lèvre antérieure du col ; à la dernière grossesse on fit l'accouchement prématuré, l'extraction par le siège du fœtus presque à terme et vivant, puis l'énucléation du fibrome qui avait à sa base 3 pouces de diamètre : les suites furent normales pour la mère et l'enfant.

*W. Day*³¹ en publie un cas en 1885.

*B. O. Ourvieu*³², en 1887, rapporte l'observation d'un fibrome sous-muqueux de la paroi postérieure de l'utérus, pesant 400 grammes qu'il énucléa pour remédier à une hémorrhagie de la délivrance.

*Mundé*³³, en 1888, préconise la myomectomie vaginale par énucléation et s'appuie sur une série de 16 cas (dont un lui est personnel) où la mère n'a succombé que dans deux cas et où presque tous les enfants naquirent vivants. En 1890, au Congrès de Berlin, *Calderini*³⁴ en rapporte un exemple suivi d'un résultat heureux. En novembre 1897, *Fochier* et *Nodet*³⁵ présentent à la Société de médecine de Lyon un fibrome sous-muqueux du segment inférieur de l'utérus, pesant 410 grammes, qui faisait un obstacle absolu à l'accouchement : il y avait présentation de l'épaule, et par le toucher on percevait une masse assez volumineuse semblable à une fesse engagée : Fochier extirpa la tumeur et pratiqua la version ; il n'y eut pas d'hémorrhagie. En décembre de la même année, *Valin*³⁶, relate à la Société de chirurgie de Paris, l'observation d'une grossesse à terme compliquée de fibrome : il fit l'extirpation, puis une application de forceps qui ramena un enfant mort ; la malade guérit, puis redevint enceinte.

c) *Dans les suites de couches ou le post-partum.*

Nous mentionnerons l'observation de *H. Croom*³⁷ qui enleva un fibrome sessile aussitôt après l'expulsion du placenta, de *P. Ruge*³⁸ (1888), concernant une intervention pour fibrome du col peu après l'accouchement : il y avait hémorrhagie inquiétante due à la présence du fibrome qui était interstitiel ; Ruge en fit l'énucléation, ce qui arrêta l'hémorrhagie.

II. FIBROMES A ÉVOLUTION PELVIENNE OU ABDOMINALE

A. *Polypectomie abdominale.*

L'ablation des polypes utérins abdominaux est chose facile, aussi a-t-elle été pratiquée déjà un assez grand nombre de fois, mais il faut le dire, dans nombre de cas, pas de parti pris, car elle fut souvent le résultat d'erreurs de diagnostic. Voici les observa-

tions que nous avons pu grouper parmi les plus connues et que nous énumérons par ordre chronologique :

En 1879, observation de *Thornton*³⁹ : polypectomie sur une grossesse de 7 mois suivie de mort.

En 1880, observation d'*Hegar*⁴⁰ polype ramolli sur un utérus gravide de 3 mois ; mort quelques jours après de péritonite.

En 1882, observation de *Stutgaard*⁴¹ : polypectomie (grossesse de 3 mois et demi), suivie de guérison et de grossesse normale.

En 1885, observation de *Barnes*⁴² : polypectomie (grossesse de 3 mois), suivie de mort.

En 1888, *Mayer*⁴³ publie une statistique de 11 cas où il y eut 8 guérisons et où la grossesse évolua 5 fois.

En 1890, *Engström*⁴⁴, *Fleischlen*⁴⁵, publient 2 cas de polypectomie abdominale dans des grossesses de 3 mois. *Fleischlen* enleva 2 polypes sur le même utérus : la malade guérit et accoucha à terme. La même année *Pestalozza* publie une statistique de 7 cas avec 5 guérisons et 4 évolutions normales de la grossesse.

En 1892, *Fleischlen*⁴⁶ publie une autre observation de polypectomie chez une femme enceinte de 3 mois et demi : la femme accoucha à terme ; *H. Croom*⁴⁷ rapporte 2 cas dont l'un concerne une tumeur ayant la grosseur d'une noix de coco enlevée sur une grossesse de 5 mois avec accouchement à terme ; *Frommel*⁴⁸ polypectomise une femme enceinte de 4 mois qui accouche à terme ; *Duplay*⁴⁹ et *Delbet*⁴⁹, *Pozzi*⁵⁰, *Trosthom*⁵¹ en rapportent des cas heureux.

En 1893, *Lundsgaard*⁵² opère une femme de 2 mois d'une tumeur pédiculée abdominale, grosse comme deux poings : la grossesse s'effectua à terme ; *Mackenrodt*⁵³, puis *Vautrin*⁵⁴, en citent des exemples intéressants avec grossesses consécutives normales.

En 1897, *Olshausen*⁵⁵ fait paraître une statistique de 51 cas d'ablations de fibromes par la voie abdominale, dont 28 concernent des fibromes pédiculés.

En 1900, *Turner*⁵⁶, dans sa thèse, réunit 77 cas d'ablations diverses par l'abdomen, faite de 1874 à 1900, où il cite quelques-unes des polypectomies que nous venons de rapporter.

B. Énucléation ou myomectomie abdominale.

Il s'agit d'une opération plus compliquée et à résultat plus aléatoire que la précédente ; néanmoins, bien que peu usitée rela-

tivement, nous rappellerons les tentatives plus ou moins couronnées de succès auxquelles elle a donné lieu.

a) *Pendant la grossesse.*

Les cas publiés sont nombreux ; nous les condenserons autant que possible.

En 1886, *Stratz*⁵⁷, dans ses statistiques, cite des myomectomies pratiquées pendant la grossesse et qui furent suivies de la naissance d'un enfant vivant.

En 1887, *Hofmeier*⁵⁸, partisan de ces opérations, rapporte que *Schræder* a fait des extirpations de myomes dont le plus grand nombre ont réussi.

En 1896, *Pujol*⁵⁹, dans sa thèse, dit que l'énucléation est singulièrement facilitée par le ramollissement du tissu utérin ; il mentionne la statistique de *Würkert* qui s'élève à 28 cas.

En 1897, *Thompson*⁶⁰, en Russie, rapporte l'observation d'une myomectomie abdominale faite chez une femme enceinte de 6 semaines : la tumeur avait la grosseur d'une tête d'enfant et avait augmenté rapidement ; la malade guérit, mais accoucha prématurément au 7^e mois d'un enfant mort. Thompson pense que la myomectomie est indiquée pendant la grossesse si la tumeur augmente rapidement de volume.

En 1897, *Pozzi*⁶¹, dans son traité de gynécologie, donne une statistique très importante, qui va de 1874 à 1894, pour ce qui est des myomectomies et énucléations proprement dites. Il nomme *Landau, Martin, Gordon, Routier*⁶², *Homan* comme ayant fait des myomectomies sur des utérus gravides de 3 mois : tous ces cas guérissent et la grossesse se fit à terme, sauf une fois. Il cite *A. Martin, A. Bergh, V. Strauch* comme ayant fait des énucléations abdominales sur des grossesses de 4 mois : deux fois les tumeurs étaient doubles ; une seule fois il y eut avortement. Il énumère *Péan*⁶³, *Frommel, Martin* comme ayant myomectomisé des femmes enceintes de 5 et 6 mois : sur les faits, au nombre de 4, de ces chirurgiens, il y eut 2 avortements, 2 morts, une guérison. Tous les cas de la statistique établie par Pozzi se rapportent à des tumeurs de sièges divers (faces, fond de l'utérus) et de volume variable (celui d'un œuf à celui d'une tête d'enfant ; l'une d'elles pesait 15 livres).

En 1897 encore, *Olshausen*⁶⁴ réunit, de son côté, 51 cas de myomectomie abdominale dont 23 concernent des fibromes sessiles

avec 1 accouchement prématuré, 8 avortements et une seule mort.

En 1898, *Rosenberg*⁶⁵, partisan de l'expectation, appuie son opinion sur la statistique de *Leopold*, qui a réuni 31 myomectomies abdominales avec une mortalité maternelle de 23 p. 100, et fœtale de 45 p. 100.

En 1899, *Alban Doran*⁶⁶ rapporte un cas curieux d'énucléation abdominale sur un utérus unicorne gravide; *Solowieff* opère une femme de 26 ans, au 6^e mois de sa grossesse, d'une myomectomie pour fibrome gros comme le poing : on accoucha plus tard la femme au forceps par crainte de voir la cicatrice utérine se rompre en cas de travail prolongé; *Wertheim*⁶⁷ rapporte un cas heureux d'énucléation chez une femme enceinte de 5 mois.

En 1900, *Zwibel*⁶⁸, élève de Tuffier, élabore, dans sa thèse, une statistique de 11 cas réunissant les noms de *Bierner*, *Braun*, *Fleischlen*, *Frommel*, *Guinard*, *Kelly*, *Schultz*, *Stavely* et *Témoin*, avec 11 guérisons, 10 accouchements à terme et 1 seul avortement. Cette statistique nous semble triée sur le volet, afin que l'auteur puisse dire que l'énucléation abdominale donne 0 p. 100 de mort pour la mère et 0,9 p. 100 pour l'enfant, et que, dans les cas de grossesse compliquée de fibrome, elle « permet seule de sauver et la mère et l'enfant ». Dans l'observation de *Témoin*, la femme avorta, mais redevenue enceinte l'année suivante, elle accouchait à terme d'un enfant vivant.

Notre collègue *Turner*, la même année, dans sa thèse consciencieuse, cite la statistique de *Lange*⁶⁹ qui s'élève à 31 cas, et, lui-même, dresse deux tableaux où se trouvent consignés de nombreux cas recueillis de 1890 à 1900, complétant et continuant ceux enregistrés par *Pozzi* : il énumère les observations de *Hedenburg* et *Packard* (1890), de *Terrier*, *Leopold*, *Harden* et *Frommel* (1891), de *Rosthorn*, *Rosner*, *Strauch*, *Kelly*, *Price*, *H. Croom*, *Kelly* et *Frommel* (1892), de *Löhlein*, *Becking*, *Stavely*, *Engström*, *Wercke*, *Murphy*, *Smith*, *Downes*, *O'Shea*, *Delagénère* (1893 à 1900). Sur 25 cas, les plus caractéristiques d'énucléation dont nous venons de citer les titulaires, on peut relever 23 guérisons, 2 morts, 5 avortements, un accouchement prématuré. Il s'agissait de grossesses variant de 2 à 6 mois, de tumeurs variant du volume d'un œuf à celui d'un poing, d'une tête de fœtus : l'une pesait 875 grammes (*Delagénère*)⁷⁰, une autre pesait 3 kilogrammes (*Murphy*), une troisième 3500 grammes (*Terrier*⁷¹), une quatrième 4750 grammes (*Rosthorn*).

Un exemple curieux est celui de *Downes*⁷², qui énucléa 11 fibromes sur le même utérus gravide de 2 mois et demi : la malade se contenta d'avorter. Enfin, au Congrès international tenu à Paris en août 1900, *Albert Martin*⁷³ (de Rouen) apporte une observation de myomectomie chez une femme enceinte de deux mois et qui portait un fibrome du volume de 2 poings donnant lieu à des accidents de compression.

Mais à côté des fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux sessiles justiciables de la myomectomie au cours de la grossesse, nous devons dire quelques mots des fibromes utérins à développement intra-ligamentaire. On connaît peu d'opérations pour cette variété de tumeurs. Voici les cas que nous connaissons :

En 1892, celui de *Taylor*⁷⁴ qui énucléa un fibrome inclus dans le ligament large chez une femme enceinte de 4 mois qui avorta au bout de 8 jours de deux fœtus ; celui de *Frommel*⁷⁵ chez une femme enceinte également de 4 mois et qui mena après cela sa grossesse à terme ; celui de *Guinard*⁷⁶ concernant un fibrome inclus gros comme une tête de fœtus chez une femme enceinte de 3 mois qui accoucha heureusement par la suite.

En 1893, un autre de *Frommel*⁷⁷ : la femme était enceinte de un mois et demi : elle accoucha un peu prématurément à 8 mois et demi.

En 1900, *Spinelli*⁷⁸ (de Naples) apporte, au Congrès international de Paris, l'observation d'une femme enceinte de 4 mois à laquelle il pratiqua l'énucléation trans-ligamentaire, mais il fit la ligature élastique pendant une demi-heure pour l'hémostase : la malade avorta au 4^e jour, comme dans le cas de Taylor, de deux petits fœtus vivants.

Comme on le voit, les exemples d'énucléations abdominales au cours de la gravidité sont déjà nombreux, et si tous les cas malheureux n'ont pas été publiés, ce qui est probable, les succès ne sont pas rares et peuvent permettre, dans des cas bien indiqués, d'espérer la conservation de l'utérus avec l'échéance d'une grossesse sans encombre et à terme.

b) Au terme de la grossesse ou pendant l'accouchement.

L'énucléation n'a que bien rarement sa raison d'être. Elle peut être pratiquée comme complément d'une opération césarienne

entreprise pour fibrome dystocique. Sur le nombre relativement grand de césariennes pour fibro-myomes, on n'a fait que très peu la myomectomie complémentaire : ainsi *Bouilly* et *Picqué*⁷⁹ ont fait la césarienne en laissant à la malade sa tumeur : il est vrai que Bouilly chercha à enrayer son développement en enlevant les ovaires.

Nous pouvons citer cependant l'observation de *Monprofit*⁸⁰ (1899) qui, après une césarienne, enleva un fibrome situé sur la face postérieure de l'utérus qui fut conservé.

c) *Dans les suites de couches ou le post-partum.*

J. K. Jourassowsky rapporte (1899) le cas suivant : une femme allait subir la césarienne pour fibromes multiples, quand quelques jours avant l'opération une des masses enclavées dans le bassin se dégagea, ce qui fit y renoncer : l'accouchement eut lieu par le siège, mais on fut obligé de recourir à la basiotripsie de l'enfant, mort du reste. Trois semaines après on fit la laparotomie et on enleva la masse fibreuse la plus considérable : la malade guérit, mais elle conservait d'autres fibromes qui auraient pu être énucléés. *Turner*⁸¹ donne, dans sa thèse, une observation d'une malade opérée par son maître *Dolérís* dans les circonstances suivantes : cette malade avait fait une fausse couche, on procéda au curettage et on profita de l'anesthésie pour faire une laparotomie, extirper un polype abdominal gros comme une tête de fœtus inséré sur la corne gauche, et énucléer un fibrome pariétal situé à droite : on compléta par la castration bilatérale à cause de la présence d'autres nodules fibreux. Il ne s'agit pas là d'une opération conservatrice complète et il nous semble que, dans ces conditions, une hystérectomie abdominale était mieux indiquée.

*Bourcart*⁸² (de Genève), fit, quelque temps après l'accouchement, une laparotomie pour ce qu'il croyait être un kyste de l'ovaire : il tomba sur un fibrome sessile qu'il énucléa.

*Mangiagalli*⁸³ fit, une fois, la laparotomie, 19 jours après l'accouchement pour des fibromes qui ne disparaissaient pas.

*Cameron*⁸⁴ (1889) et *Treub*⁸⁵ (1894) firent aussi des interventions pour fibromes dans les suites de couches en laissant l'utérus.

III. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE COMPLIQUANT LES FIBROMES

Nous pensons, pour être complet, devoir dire quelques mots de la gravidité anormale, ectopique, concomitante de fibromes, car il semble bien qu'il y ait une réelle relation pathogénique entre la présence de fibromes, au niveau des cornes utérines principalement, avec le développement d'une grossesse extra-utérine, tubaire en particulier. Nous citerons, entre plusieurs, quelques exemples récents de viciation du développement ovulaire déterminée par la présence de fibromes utérins.

*Pujol*⁸⁶, dans sa thèse (1896), signale une observation de *Lebec* où ce chirurgien fit la laparotomie pour une grossesse extra-utérine de 3 mois et demi, extirpa les annexes droites malades et énucléa un fibrome sous-séreux de la paroi postérieure de l'utérus.

En novembre 1896, *Vanverts*⁸⁷ rapporte à la Société anatomique, l'observation d'une jeune femme de 18 ans, opérée par *Arrou* pour un fibrome sous-péritonéal pédiculé implanté sur la corne utérine droite compliqué de grossesse tubaire droite rompue et d'hématocèle rétro-utérine. *Arrou* et *Vanverts* se trouvent amenés naturellement à considérer le fibrome comme étant la cause du développement ectopique de l'œuf dans la trompe dont le fibrome voisin a modifié la forme, la direction et même oblitéré l'orifice.

En novembre 1900, *Morestin*⁸⁸, communique, à la même Société, le cas de fibromes utérins multiples, dont l'un, gros comme une mandarine, se détachait de la corne gauche : il l'extirpa à l'occasion d'une grossesse tubaire du côté gauche rompue avec inondation péritonéale et fœtus anencéphale au milieu des caillots.

Ces divers cas paraissent plaider en faveur d'une relation directe entre l'existence de tels fibromes et la détermination d'un développement ovulaire aberrant. Plusieurs auteurs invoquent, pour ces cas, la fécondation de l'ovule par un spermatozoïde passé par l'autre trompe. Au lieu d'expliquer la production de la grossesse ectopique par ce lent acheminement du spermatozoïde à travers des voies détournées, comme en une sorte de mouvement tournant permettant au germe mâle une fécondation de surprise, nous

oserions dire *a posteriori*, il est plus naturel sans doute de penser que le spermatozoïde a pu suivre la voie directe en s'insinuant à travers la trompe sténosée par obstacle fibreux et que l'ovule fécondé n'a pu se rendre à sa destination utérine par suite du rétrécissement de la portion interstitielle de la trompe.

Sans insister davantage sur ces phénomènes dont la compréhension véritable restera à jamais inaccessible peut-être, il est plausible de voir dans la grossesse extra-utérine et l'existence de fibromes du côté similaire, plus qu'une coïncidence banale, et de pratiquer, à l'instar des cas précités, une chirurgie conservatrice quelquefois simple à propos des complications résultant de ces anomalies de gravidité.

III. — OPÉRATIONS ET INDICATIONS

I. FIBROMES A ÉVOLUTION VAGINALE

A. Polypectomie vaginale.

Opération.

La polypectomie vaginale est très simple, comme dans les utérus non gravides. On pourra la pratiquer sans anesthésie si le polype est petit. Après les soins antiseptiques d'usage, on procède à la torsion au moyen d'une pince, torsion douce et surtout sans traction, puis on sectionne le pédicule qu'on peut ou non cautériser, du moment qu'on a fait une bonne aseptie : si le polype est volumineux on devra le morceler afin de déblayer le terrain, de se rendre un compte exact du point d'attache et de procéder à une ablation raisonnée et non tourmentée.

Il sera bon, ainsi que l'a recommandé le professeur Pinard⁸⁹, d'administrer, avant et surtout après l'opération, des opiacés pour arrêter les contractions utérines et se prémunir contre la menace d'une fausse couche. On pourra donner des lavements laudanisés et mieux des piqûres de morphine, jusqu'à 2 centigrammes par 24 heures.

Il faut être prévenu de certaines complications ou de certaines erreurs possibles. C'est ainsi que des polypes cervicaux, principalement de la lèvre postérieure, hypertrophiés par la gestation, ramollis et infiltrés, ont pu être confondus avec des collections liquides

et ponctionnées; il suffira d'y regarder de près. Nous citerons, pour mémoire, l'erreur commise par Fergusson⁹⁰ qui fit une application de forceps sur un gros polype croyant avoir affaire à une tête fœtale : la malade succomba à une déchirure de l'utérus.

Indications.

Au cours de la grossesse, en examinant une femme, on peut découvrir un polype fibreux faisant saillie au niveau de l'orifice externe : chose rare d'ailleurs, car la présence d'un polype intra-utérin est le plus souvent cause de stérilité.

S'il n'y a aucun symptôme inquiétant ou s'il y a simplement des hémorrhagies insignifiantes, on pourra s'abstenir et laisser les choses en l'état comptant sur la chasse du polype par la tête fœtale au moment de l'accouchement; mais vraiment l'opération se présente dans des conditions de telle simplicité qu'il vaut mieux procéder le plus tôt possible à l'ablation pour n'avoir pas à y songer plus tard. En tout cas, si des hémorrhagies se produisent de façon à faire craindre un avortement, il faut opérer de suite, d'ailleurs il faut savoir que le polype peut déterminer des contractions réflexes dont il est le point de départ par irritation du col.

Une des raisons qui feront intervenir sans discussion, c'est le précédent d'un avortement antérieur occasionné par le polype : on évitera ainsi, d'après Turner, une fausse couche itérative provoquée par la même cause.

Dans une observation de Larcher, il fallut attendre une période menstruelle pour voir saillir le polype et l'extirper.

La polypectomie vaginale faite dans de bonnes conditions n'entraîne presque jamais l'avortement. C'est plutôt l'abstention opératoire qui a plusieurs fois conduit à cette complication. D'après la thèse de Chahbazian⁹¹, l'avortement a lieu dans la proportion de 12 p. 100 des cas de polypes non opérés.

Si le polype n'a pas été enlevé avant l'accouchement, s'il n'a pas gêné celui-ci, il sera bon toutefois après la délivrance, ainsi que le recommande Haliday Croom, de pratiquer la polypectomie immédiate afin de prévenir la gangrène et les accidents d'infection possibles.

B. Énucléation ou myomectomie vaginale.

Opération.

Cette opération ne s'adresse, bien entendu, qu'aux fibromes interstitiels des lèvres du col ou, à la rigueur, aux fibromes sous-muqueux saillant dans le canal cervical seulement. Sa difficulté n'est pas grande ; elle varie selon le volume de la tumeur, et encore est-ce plutôt l'aléa qu'elle comporte au point de vue de la poursuite de la grossesse qui en rend son exécution délicate.

Pour la technique opératoire à suivre nous n'avons rien à dire qui n'ait été déjà exposé plus haut à propos des opérations conservatrices sur les utérus non gravides : on fendra la capsule au bistouri et on procédera à l'énucléation avec ou sans morcellement, selon la nécessité imposée par le volume. Si la cavité résultant de l'évacuation du fibrome n'est pas considérable et anfractueuse, on la suturera, sinon on la drainera et on la tamponnera. Il ne faut pas terminer par un tamponnement serré du vagin qui pourrait solliciter les contractions utérines.

On devra, dans ces opérations sur le col, occasionner le minimum de délabrements afin de n'avoir pas des brides cicatricielles qui pourraient être une gêne considérable et une cause de dystocie dans l'accouchement attendu. En somme, il faudra tenir compte des réserves ultérieures que comportent, en général à ce sujet, les opérations cervicales dont les conséquences ont été l'objet d'une discussion récente à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie (Pinard, Richelot, Pozzi, Segond, Quénu, Schwartz, Doléris, Hartmann, Champetier de Ribes, février, mars et avril 1899).

Nous rappellerons, à propos de ces opérations, qu'il est arrivé d'avoir à pratiquer des incisions sur le col de l'utérus grévige⁹² en cas de dystocie causée par une tumeur du col, un fibrome par exemple. Ces incisions pourront être utiles dans le cas où l'on ne peut procéder immédiatement à une extirpation ou une énucléation conservatrices remises à plus tard.

Indications.

Ces indications doivent être envisagées : 1° pendant la grossesse ; 2° pendant l'accouchement ; 3° pendant le post-partum.

1° *Pendant la grossesse.*

Nous avons vu, à l'historique, qu'un grand nombre d'énucléations ou de myomectomies vaginales pratiquées pour des fibromes mêmes volumineux n'avaient pas entravé la marche de la grossesse. Nous renvoyons à ce chapitre pour ce qui est des observations citées à l'appui. Mais il ne s'ensuit pas que ces opérations soient toujours d'absolue nécessité; au contraire même, il faut apporter au sujet de leurs indications une réserve prudente et une réflexion mûrie.

Voyons comment se comporter en la circonstance. Deux cas sont à envisager : celui d'un fibrome petit ou moyen et facile à énucléer, celui d'un fibrome volumineux et d'énucléation laborieuse.

A. TUMEUR PETITE OU MOYENNE.

On s'abstiendra, dans ce cas, si le fibrome peu volumineux semble, à des examens successifs, ne pas devoir s'accroître davantage, s'il ne s'accompagne pas de symptômes alarmants, d'hémorrhagies en particulier. On se contentera de suivre la grossesse avec sollicitude et respect jusqu'au terme.

On interviendra, au contraire, s'il y a des hémorrhagies répétées, des douleurs vives, des phénomènes de compression et accroissement de volume, au total menace abortive. On interviendra parce que les faits, que nous ne rappellerons pas, prouvent amplement que la myomectomie vaginale a été presque toujours suivie de succès dans ces conditions de fibromes bien limités, ne dépassant pas l'isthme utérin, d'énucléation aisée, de telle sorte qu'il s'agit alors d'une opération courte, faisant peu de dégâts, peu sanglante, et bénigne absolument, ne risquant guère que l'avortement exceptionnel d'ailleurs.

On interviendra, parce que, également, bien que les statistiques se soient améliorées depuis Chahbazian qui comptait 32 p. 100 de mortalité chez la mère, 57 p. 100 chez le fœtus, laisser l'évolution de ces fibromes cervicaux se poursuivre, c'est exposer les parturientes à toute la gravité des accouchements dystociques; parce qu'on évitera ainsi de voir, vers le 5^e ou le 6^e mois, la masse fibreuse subir une poussée considérable sous l'influence de la grossesse. L'énucléation ou la myomectomie vaginales seront d'autant plus indiquées chez une femme ayant eu plusieurs fausses couches

du fait de son fibrome : on lui offrira ainsi le bénéfice d'un accouchement sans danger en même temps que les chances d'une grossesse menée à terme cette fois-ci.

B. TUMEUR VOLUMINEUSE.

On s'abstiendra dans ce cas, s'il n'y a aucun symptôme inquiétant, s'il n'y a pas d'hémorragies répétées ou profuses, parce qu'alors la myomectomie devient une opération longue et sanglante.

On interviendra, au contraire, si des hémorragies incessantes déterminent une anémie inquiétante et si le fibrome s'accroît rapidement à un moment donné : l'on aura recours alors soit encore à l'énucléation conservatrice, soit à l'évacuation de l'utérus, soit à une opération radicale : hystérectomie vaginale ou abdominale.

Mais dans quelle mesure peut-on ou a-t-on le droit de faire encore de la chirurgie conservatrice ? C'est là une question difficile à résoudre. Plusieurs accoucheurs sont encore pour l'avortement provoqué, mais il a contre lui qu'il n'est pas sans comporter lui-même une certaine gravité non pas tant parce que c'est une intervention grave (les avortements qui, soignés, n'entraînent aucun accident, ne comptent plus), mais parce que, dans le cas particulier de fibrome, l'extraction du placenta, surtout si la grossesse est quelque peu avancée, peut être difficile et s'accompagner de phénomènes plus ou moins graves de rétention, point que Turner a bien mis en relief. L'avortement a contre lui encore, qu'il laisse la tumeur, ce qui obligera tôt ou tard à une opération radicale complémentaire, ou bien ce qui exposera, si la malade redevient enceinte, à tout recommencer. De plus, l'avortement supprime l'enfant alors qu'il vit et qu'on ne peut assurer d'une façon absolue qu'il n'arrivera pas à terme ou à peu près. Lauwers⁹³ disait à ce propos, en 1892, avec juste raison : « Il ne faut pas pratiquer l'avortement parce qu'il est irrationnel, tout en exposant à de graves dangers ; il laisse la tumeur qu'il faudrait extirper et supprime l'enfant qu'on devrait laisser. »

Donc, si la situation est assez urgente pour exiger une intervention quelconque on devra essayer, bien qu'aléatoire, l'extirpation du seul fibrome en conservant l'utérus, mais en étant prévenu que si les difficultés en sont insurmontables ou l'avortement inévitable et alors dans des conditions néfastes, il faut être prêt à une hysté-

rectomie immédiate plutôt abdominale que vaginale vu la difficulté de cette dernière à cause du ramollissement des tissus.

En résumé : 1° ne pas opérer ces tumeurs si elles n'occasionnent aucun trouble et laisser évoluer la grossesse ; 2° s'il y a des symptômes pressants, essayer la myomectomie conservatrice si elle s'offre relativement aisée et bénigne aussi pour le produit fœtal ; 3° temporiser autant que possible si l'opération peut présenter quelques risques et s'efforcer à atteindre le terme de la grossesse ; 4° faire l'hystérectomie totale, si l'on a la main forcée, soit par l'échec d'une myomectomie conservatrice essayée, soit par des accidents graves de compression auxquels il faut remédier d'une façon urgente.

2° Au terme de la grossesse ou pendant l'accouchement.

Nous avons vu à l'historique les cas heureux de B. Hicks, F. Fry, Day, W. Mundé, Calderini, Valin, etc., de myomectomie vaginale au moment de l'accouchement. L'énucléation faite, si elle a été reconnue comme possible, on n'a qu'à terminer l'accouchement, comme l'ont fait plusieurs de ces auteurs, soit par le forceps, soit par la version. On fera quelques sutures pour réparer la brèche de la myomectomie et les déchirures cervicales si elles sont profondes.

3° Dans les suites de couches ou le post-partum.

Le plus souvent alors le fibrome diminue considérablement : quelquefois même il disparaît. On laisse donc les choses en l'état pendant un certain temps, de façon à laisser « la nature produire tout ce qu'elle peut. » (Turner). Plus tard, la parturiente remise, on fait la polypectomie ou la myomectomie vaginale, absolument comme on fait une ovariectomie quelque temps après l'accouchement chez une femme porteuse d'un kyste de l'ovaire.

On interviendrait d'une façon plus hâtive s'il y avait des phénomènes d'infection ou d'hémorrhagie : on débarrasserait l'utérus de son contenu fibreux par myomectomie vaginale, on curetterait, aseptiserait et drainerait la cavité utérine. Si ces accidents n'étaient pas enrayés par cette intervention on recourrait à une intervention radicale : hystérectomie vaginale ou abdominale (observat. de Doléris et Baudron, dans la thèse de Turner, p. 197).

II. FIBROMES A ÉVOLUTION PELVIENNE OU ABDOMINALE

A. Polypectomie abdominale.

Opération.

La polypectomie abdominale en elle-même n'offre pour ainsi dire aucune difficulté, et il n'y a rien à dire de plus à son sujet que ce que nous avons exposé plus haut à propos des opérations sur les utérus non gravides : section du pédicule après ligature, ou suture de la section au point d'attache, cautérisation du pédicule ou péritonéisation. Mais il faut s'attendre quelquefois à des pédicules larges et vasculaires et à des adhérences, quelquefois même à être entraîné à une véritable myomectomie ou énucléation. On administrera systématiquement des piqûres de morphine dans les jours qui suivront l'opération pour prévenir les contractions utérines.

Indications.

Les observations que nous rapportons au chapitre historique montrent que la polypectomie a été déjà faite un nombre considérable de fois d'abord, même pour des tumeurs pédiculées de gros volume (poing, noix de coco, etc.), pour des polypes quelquefois compliqués (ramollissement, dégénérescence, transformation kystique), et qu'elle a été pratiquée presque à tout âge de la grossesse (jusqu'à 4, 5 et 7 mois). Malgré plusieurs de ces mauvaises conditions la grossesse a poursuivi son cours.

Donc, la polypectomie abdominale sur utérus gravide est possible et d'un pronostic relativement bénin pour la mère et pour le fœtus. Olshausen⁹¹, en 1897, rapporte une statistique d'où il résulte que, sur 28 cas traités par simple ablation, depuis 1885, 5 se terminèrent par la mort : 1 fois par hémorragie du pédicule, 1 fois par paralysie cardiaque au 2^e jour, 1 fois par lésion cardiaque, 2 fois par septicémie. Des 23 cas restants, 3 furent suivis d'avortement.

Il est à remarquer que cette statistique porte sur une période de temps étendue et remontant à une époque déjà ancienne.

En somme, on peut dire que c'est une opération courte, facile,

faisant courir peu de risques à l'opérée et même au produit de conception si elle est bien conduite et si la femme a un bon état général : d'ailleurs, la laparotomie expose bien moins qu'on a tendance à le croire aux avortements. Mais il faut admettre cependant la réserve qu'on ne peut savoir au juste, au moment d'intervenir, quelles seront les limites exactes de l'acte opératoire, s'il y a un pédicule large et vasculaire, s'il y a des adhérences, si les rapports avec les organes avoisinants sont troublés et si, enfin, on ne se trouvera pas en face d'un fibrome sessile ou interstitiel au lieu d'un polype. Aussi la laparotomie doit-elle se faire à bon escient après avoir pesé le pour et le contre.

On interviendra en tout cas, lorsque la femme enceinte de 3 à 4 mois présente un polype abdominal déjà gros (volume du poing) qui paraît s'accroître rapidement à des examens successifs, détermine de la réaction péritonéale et semble devoir mener la femme à l'avortement. S'il y avait des phénomènes péritoniques dus à la gangrène ou à la torsion du pédicule, ce qui est souvent tout un, pas d'hésitation, il s'agit d'une opération d'urgence.

On s'abstiendra, au contraire, si la tumeur reste pour ainsi dire latente, et si l'absence de symptômes morbides, jointe à un accroissement lent, peuvent faire espérer que la parturition ne sera pas entravée. L'expectation sera surtout de mise d'à partir du 6^e mois environ et l'on cherchera, autant que possible, à atteindre le terme de la grossesse.

Du reste, il faut bien le dire, les polypes utéro-abdominaux entravent plus la grossesse qu'ils ne compliquent l'accouchement lui-même : chez les femmes qui ne se soumettent pas à l'examen, l'avortement se produit, et ce n'est qu'à cette occasion qu'on en trouve la cause dans la présence du polype. L'éventualité de cette complication serait en faveur de la polypectomie abdominale.

B. Énucléation ou myomectomie abdominale.

Opération.

Cette opération n'est pas une et identique dans tous les cas, puisqu'elle peut ou doit s'adresser à des variétés de fibromes qui, bien qu'évoluant dans le pelvis ou vers l'abdomen, ne se présentent pas moins dans des conditions tout à fait différentes : les uns s'accroissant pour ainsi dire sur place et restant pelviens, les autres se

développant entre les lames du ligament large, les derniers se développant surtout en hauteur ou se laissant entraîner en même temps que l'utérus dans les hautes sphères abdominales.

Il y a, en somme, au point de vue pratique, deux sortes de tumeurs :

Les unes, placées au pôle inférieur de l'utérus, à l'entrée de la filière génito-pelvienne, sont des tumeurs d'avant-garde, si nous pouvons ainsi dire, et ce sont elles qui constituent le clan des fibromes dystociques.

Les autres, placées à la périphérie de l'utérus, bossellent plus ou moins ses parois, se laissent refouler par l'ectasie physiologique de la matrice sans nuire le plus souvent au développement du fœtus ni à son expulsion au moment de l'accouchement : ce sont elles qui forment le groupe des fibromes déterminant les mauvaises présentations et compliquant la délivrance.

La myomectomie abdominale conservatrice peut s'appliquer, dans certains cas déterminés, à ces divers fibromes et, vis-à-vis d'eux, le principe de l'opération reste le même : incision de la capsule, énucléation avec ou sans morcellement. Mais tandis qu'elle est assez souvent applicable aux fibromes utéro-abdominaux sessiles ou interstitiels, elle l'est très peu aux fibromes du segment inférieur pelvien, aux fibromes dystociques contre lesquels elle cède la place aux opérations radicales mutilatrices.

Pour ce qui est de la technique opératoire, elle est la même que dans la myomectomie pour utérus non gravide à laquelle nous renvoyons. Il y aura ici des précautions plus grandes à prendre encore : Dans la *myomectomie abdominale pour fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux sessiles*, le point délicat est de procéder à l'énucléation en évitant l'ouverture de l'utérus, car il faut respecter l'œuf à tout prix.

Dans les 2 à 3 premiers mois de la grossesse, la paroi utérine est plus épaisse qu'à l'état normal non gravide, aussi l'énucléation peut-elle se faire avec facilité et rapidité, vu la différenciation plus nette entre le tissu fibreux et le tissu utérin, vu aussi la plus grande laxité de la capsule. Plus tard, lorsque la grossesse est plus avancée, la paroi utérine est amincie et les risques d'ouverture de la cavité utérine en sont augmentés, aussi faudra-t-il aborder avec une extrême précaution les couches musculaires profondes et se tenir au ras de la tumeur fibreuse pendant la décortication. On

terminera par la suture de la paroi musculaire, par-dessus laquelle on fera une suture séro-séreuse ou péritonéale. Dans le cas où l'on aurait été entraîné à trop de dégâts, plutôt que de courir un pronostic chanceux, non seulement par l'avortement probable, mais par les graves dangers encourus par la mère, mieux vaudrait recourir à l'opération de Porro ou à l'hystérectomie abdominale totale.

Dans la *myomectomie pour fibromes inclus dans le ligament large*, les difficultés opératoires sont encore plus grandes, car ces tumeurs sont généralement enclavées au moins partiellement dans l'excavation, les hémorrhagies sont plus à craindre ainsi que la blessure des organes voisins déplacés, en particulier l'uretère. On sectionnera le feuillet du ligament large sur la partie la plus en relief de la tumeur, au point le plus accessible, on décortiquera et on énucléera en s'aidant, au besoin, du tire-bouchon et même du morcellement; on fera la section du pédicule au niveau de son point d'attache, au bord latéral de l'utérus : c'est là le point délicat, car les vaisseaux donnent quelquefois abondamment, et la suture du muscle utérin est difficile à cette profondeur; ensuite on refermera le ligament large en faisant disparaître la loge d'énucléation par capilonnage dans certains cas; ou bien, s'il y a hémorrhagie en nappe ou si l'on tient à drainer on tamponnera : inutile de dire que dans ces conditions dernières le résultat est aléatoire; cependant, on a noté des cas heureux. Spinelli (de Naples), au dernier Congrès international à Paris, rapporte qu'il a dû opérer, quelque temps après une énucléation pour fibrome du ligament large, sur un utérus gravide, suivie d'ailleurs d'avortement gémellaire, la même malade pour 2 gros calculs vésicaux, dont la formation était attribuable aux ligatures ou aux sutures faites à la soie, près de la vessie, dans la précédente intervention.

Après ces diverses opérations, il faut avoir bien soin, comme le recommande le professeur Pinard, d'administrer des opiacés à la malade, surtout sous forme d'injections sous-cutanées de morphine pour parer à l'éveil des contractions utérines sous l'influence de ces graves traumatismes.

Indications.

Nous envisagerons ces indications : 1° pour les fibromes du corps, interstitiels ou sous-péritonéaux sessiles, se développant vers

l'abdomen ; 2° pour les fibromes du segment inférieur qui restent surtout pelviens.

1° FIBROMES INTERSTITIELS OU SOUS-PÉRITONÉAUX SESSILES DU CORPS UTÉRIN.

a) *Pendant la grossesse.*

La disposition anatomo-topographique de ces fibromes permet ici une indication de chirurgie conservatrice qui a été maintes fois tentée avec bonheur, ainsi que nous l'avons indiqué à l'historique.

Le plus souvent heureusement, on pourra temporiser et conduire la grossesse à terme, mais il est des cas où l'on sera obligé d'intervenir. Ainsi, par exemple, dans la rétroversion de l'utérus gravide fibromateux on sera obligé à la réduction manuelle, mais si l'on ne réussit pas, il faut faire la laparotomie. Cette opération a été préconisée par M. Baudouin dans sa thèse (1890) et faite de propos délibéré par Jacobs (de Bruxelles, 1896). Il est certain que si l'on entreprend cette laparotomie pour remédier à la rétroversion et faire une hystéropexie basse, comme le conseillent quelques-uns, on devra en profiter pour faire, si elle est possible, l'énucléation du fibrome cause de la rétroversion.

Toujours est-il qu'il s'agit là de faits très exceptionnels, et l'on devra s'abstenir le plus souvent. A l'appui de cette assertion nous pouvons citer un fait intéressant : en janvier 1901, nous avons vu notre maître Segond pratiquer une laparotomie pour un fibrome, mais le diagnostic avait été incomplet : il y avait bien un fibrome mais l'utérus était gravide de 4 mois environ. Segond préféra respecter ce fibrome sessile, bien en relief et gros comme une mandarine plutôt que de risquer une énucléation : il referma donc le ventre et la grossesse poursuivit très bien son cours.

Cependant, malgré ses dangers opératoires ou post-opératoires à cause des accidents hémorrhagiques, de la blessure possible de l'œuf, de la prédisposition à l'expulsion prématurée, de la septicémie, il est certain qu'en examinant les diverses statistiques, entre autres celles de Mayer, de Pestalozza, d'Olshausen, de Würkert, de Lange, de Leopold, de Vautrin, de Pozzi, de Turner, on constate une amélioration progressive tant au point de vue de la mère que du fœtus, et cela grâce aux perfectionnements de la technique opératoire. Turner, en ne tenant compte que de l'analyse

des cas opérés de 1890 à 1900 qu'il a pu recueillir arrive à la proportion de 9 p. 100 de mortalité maternelle et de 21 p. 100 de mortalité fœtale, et il conclue qu'à l'heure présente, sur des cas bien indiqués, on peut et doit espérer 19 bons résultats sur 20.

En résumé, dans quelques très rares circonstances bien déterminées, la myomectomie abdominale conservatrice sur utérus gravide a sa raison d'être, et alors, ainsi que les faits le prouvent, on peut l'entreprendre avec grandes chances de succès.

G.-A. Solowiew⁹⁵ rapporte à la Société d'accouchement et de gynécologie de Moscou, un cas d'énucléation abdominale où se trouve envisagée la question de la solidité de la cicatrice après cette opération : il fit plus tard une application de forceps au moment de l'accouchement, de crainte que la cicatrice ne cédât si le travail se prolongeait. Dans la discussion soulevée par Solowiew, on fit observer à ce sujet que des cicatrices d'opérations césariennes ou d'énucléations abdominales avaient été plusieurs fois recherchées, qu'elles étaient non seulement très solides, mais étaient restées introuvables même au microscope. Nous avons cité plus haut un cas d'examen histologique fait par Claisse sur un utérus anciennement myomectomisé présenté par notre maître Segond à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie.

b) *Au terme de la grossesse.*

A ce moment, ces fibromes sous-péritonéaux sessiles ou interstitiels du corps utérin ne troublent l'accouchement que d'une façon indirecte : ils peuvent rendre irrégulières les contractions utérines par interception de l'onde à leur niveau, mais ils ne gênent pas l'accommodation et ne font pas obstacle sur la filière pelvienne, aussi n'y a-t-il pas à parler de myomectomie conservatrice. La conduite est simple : on laisse l'accouchement se faire naturellement si l'engagement de l'extrémité céphalique ou pelvienne n'est pas empêché. S'il y avait au bout d'un certain temps baisse des contractions et souffrance du fœtus, on ferait, suivant les cas, une application de forceps ou une version; s'il se produisait une hémorrhagie de la délivrance on ferait la délivrance artificielle. Mais c'est déjà sortir du cadre de notre sujet.

C. *Dans le post-partum.*

Il est indispensable que toute femme atteinte de fibrome allaite son enfant. Le professeur Pinard insiste sur l'heureuse influence

de l'allaitement en cas de fibromes. Souvent, quand la femme nourrit, on voit rétrocéder le fibrome. S'il en était autrement, on conseillerait à la malade une ablation dans un temps plus ou moins éloigné afin de la mettre à l'abri de nouvelles complications identiques et tout simplement pour la débarrasser de son fibrome croissant. Nous avons cité à l'historique les cas de J. K. Joursowski, Doléris, Bourcart, Mangiagalli, Cameron, etc., où l'on fit la myomectomie abdominale conservatrice dans les suites de couches ou très peu après l'accouchement.

2° FIBROMES PELVIENS (DU SEGMENT INFÉRIEUR ET DU LIGAMENT LARGE).

A. *Pendant la grossesse.*

Ces fibromes peuvent à un moment donné de la grossesse exposer à des accidents graves et multiples; ils arrivent à comprimer la vessie, les uretères et déterminer des troubles mictionnels, de l'urétérite, de la pyélite, de la néphrite, à comprimer le rectum et occasionner de l'occlusion intestinale, à comprimer les gros vaisseaux pelviens et causer des accidents d'embolie, à déterminer des phénomènes péritonitiques, dyspnéiques et cardiaques; de plus, l'existence de l'enfant est fort compromise, et l'on est obligé d'intervenir sans retard.

Y a-t-il place dans cette intervention d'urgence, pour une chirurgie conservatrice? Oui, mais extrêmement restreinte et limitée seulement à quelques cas de fibromes, non pas du segment inférieur, mais intra-ligamentaires pelviens : c'est ainsi que nous connaissons les exemples de Taylor, de Frommel, de Guinard, de Spinelli, où l'énucléation a été possible avec guérison de la mère et deux fois avec la continuation de la grossesse. Il s'agit là d'exceptions.

Si l'on a affaire à un fibrome pelvien du segment inférieur qui par de tels troubles force l'accoucheur à interrompre la grossesse, il a à sa disposition l'avortement provoqué ou l'accouchement prématuré, l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale totale ou supra-vaginale. Ainsi point de myomectomie conservatrice.

L'avortement ou l'accouchement prématuré semblent devoir être la dernière des solutions d'après les statistiques réunies : ils exposent à des hémorrhagies formidables, à la rétention des

annexes, au sphacèle et à l'infection de la tumeur, à l'inversion utérine, à la phlébite, à la septicémie. Olshausen⁹⁶ les tient pour les interventions obstétricales qui donnent la plus forte proportion de risques d'infection et notre maître Pozzi⁹⁷ fait remarquer, avec juste raison, que si l'on est obligé ensuite d'avoir recours à l'hystérectomie on se trouve avoir exposé deux fois au lieu d'une la vie de la malade. De plus, on n'a pas le droit de tuer le fœtus vivant.

L'hystérectomie abdominale trouve surtout ici son indication : elle a été déjà tentée un certain nombre de fois avec succès au cours de la grossesse (cas de Schwartz⁹⁸, Monod⁹⁹, Monprofit¹⁰⁰, Morestin¹⁰¹, etc.) : l'opération serait même rendue plus facile du fait de la gravidité de l'utérus pour certains chirurgiens. Elle est donc l'opération de choix lorsqu'elle est légitimée par la manifestation d'accidents sérieux, mais on ne doit en prendre la décision formelle qu'après avoir vérifié par une laparotomie exploratrice si l'on peut se borner à l'ablation de la seule tumeur et si l'on peut ainsi conserver l'utérus et respecter la grossesse : il est vrai de dire que, le plus souvent, on serait obligé de pratiquer l'ablation en bloc de la matrice et de son contenu.

B. Pendant l'accouchement.

La grossesse a pu évoluer sans trop d'incidents, mais arrive son terme et le commencement du travail : il va y avoir dystocie par obstruction pelvienne ; la situation ne manque pas d'analogie avec celle des rétrécissements du bassin à ce même moment, mais cependant avec cette différence que le rétrécissement du bassin présente « une disposition immuable », tandis que le rétrécissement fibreux peut se prêter parfois à un certain amoindrissement.

On est donc acculé à la nécessité de lever l'obstacle ou bien de chercher une autre issue pour le fœtus par l'opération césarienne.

Cependant, il faut bien le dire, dans quelques cas heureux de fibromes pelviens, l'obstruction pelvienne est légère, la tumeur peut remonter ou s'effacer et l'accouchement se faire tout seul. Mais si les contractions utérines deviennent irrégulières, si l'inertie s'installe, si le fœtus souffre, on peut essayer d'aider la parturition : 1° par la rétropulsion ou la latéro-pulsion de la tumeur

en dehors de l'excavation suivie d'une version ; toutefois, il faut être averti, comme le dit Turner, que les fibromes empiétant à la fois sur le col et sur le segment inférieur ne peuvent guère se déplacer, retenus qu'ils sont par le cadre que leur forme jusqu'à un certain degré la base des ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés et vésico-utérins ; — 2° par la dilatation au moyen des ballons de Barnes ou de Champetier de Ribes ou même par la dilatation manuelle suivie ou non d'une application de forceps ; mais la dilatation est le plus souvent impuissante dans les fibromes qui enserrant le segment inférieur ; — 3° par la symphyséotomie : cette intervention a été pratiquée plusieurs fois pour tumeurs par Novi¹⁰², Maygrier¹⁰³, Rein et Lepage¹⁰⁴, : l'observation de Lepage est celle qui paraît la plus authentique concernant la symphyséotomie pour fibrome utérin ; la question a été agitée plusieurs fois en particulier par la Société obstétricale de France en 1897 où, entre autres, Maygrier et Charpentier¹⁰⁵ ne lui ont pas été défavorables, mais comme l'a fait justement observer Varnier¹⁰⁶, au Congrès de Moscou (1897), la symphyséotomie doit borner son rôle à l'agrandissement du bassin osseux et il est dangereux d'y recourir dans le but d'aider à la dilatation des parties molles ; en effet, dans les fibromes dystociques du segment inférieur, *prævia* pour ainsi dire, c'est le segment inférieur fibreux qui a besoin d'être agrandi et non le bassin ; la dystocie est fibro-myomateuse et non squelettique ; — 4° par l'opération césarienne vaginale de Dührssen¹⁰⁷ ; cette opération a été faite une fois par Read dans un cas de fibrome où la tête engagée, le col ne cédait pas ; mais cette opération est, de l'aveu de Dührssen lui-même, très hémorrhagipare ; il a vu selon sa propre expression : des hémorrhagies formidables ; et, d'après d'Alessandro¹⁰⁸ qui rapporte une statistique de 15 cas, la mortalité maternelle est de 18,7 % et la mortalité fœtale de 62 % pour cette opération dont il attribue la création à Acconci, de Gènes.

Mais la réduction de l'utérus, la dilatation artificielle du col, la symphyséotomie, la césarienne vaginale, avec version ou application de forceps doivent être délaissées pour l'opération césarienne abdominale suivie d'opération de Porro ou d'hystérectomie abdominale totale. Nous ne parlons pas, bien entendu, de la basiotripsie, de l'embryotomie, de l'éviscération, de la cleidotomie (Strassman¹⁰⁹), qui doivent être prohibées absolument sur l'enfant

vivant et qui pourront seulement être utilisées dans le cas de fœtus mort, pourvu qu'elles ne nuisent point à la mère et que la dilatation soit suffisante, et encore, dans ces derniers temps, a-t-on essayé d'enlever le tout, utérus et contenu fœtal, non vivant par l'hystérectomie abdominale totale sans ouvrir la cavité utérine (Varnier et Delbet¹¹⁰ en 1897, Eustache¹¹¹ 1900).

La césarienne abdominale pourra être conservatrice. Mais les résultats en sont contradictoires : Wertheim¹¹², réunissant les cas de Cazin, Sängner, Kirchleimer, affirme que les résultats sont déplorables ; cependant, les statistiques récentes d'Olshausen, de Leopold, de Zweifel, du professeur Pinard, tendent à prouver que la mortalité maternelle s'efface de plus en plus. Turner, d'après les cas qu'il a pu réunir, arrive à l'estimer à 5, à 8 pour 100 seulement, de même que la mortalité fœtale ne serait plus que de 10 pour 100. « Théoriquement, disait le professeur Pinard¹¹³, au Congrès d'Amsterdam, en 1899, une femme saine, ayant un œuf sain, bien opérée, ne doit pas mourir de laparo-hystérotomie ou opération césarienne. »

Mais la césarienne conservatrice doit être rejetée puisqu'elle laisse la tumeur.

Au même Congrès, Fancourt-Barnes¹¹⁴, de Londres, dit que l'opération césarienne peut être combinée à d'autres opérations comme l'ablation de tumeurs utérines.

En somme, l'opération césarienne conservatrice est devenue relativement bénigne, mais il semble qu'elle n'a vraiment sa raison d'être que si elle est complétée par l'ablation du fibrome qui faisait obstacle à l'accouchement (observation de Monprofit¹¹⁵, 1899) et non si elle laisse les fibromes qui pourront continuer à évoluer et exposer peut-être la femme, à plus ou moins brève échéance, à de nouveaux et semblables dangers, dans le cas où elle redeviendrait enceinte.

C'est ainsi que la césarienne abdominale avec complément d'énucléation rentre dans le cadre de notre sujet. Si l'on juge que l'utérus n'a plus grande valeur, que la laparo-hystérotomie menace d'être plus grave, autant vaut-il profiter de la même occasion pour pratiquer l'hystérectomie abdominale totale consécutive dont les observations se multiplient de plus en plus (Guermonprez¹¹⁶, 1895, Mouchet, 1898, Gutierrez¹¹⁷, etc., etc.). Le Pr Pinard fait le plus souvent le Porro. Il est partisan de l'hystérectomie totale si l'utérus est infecté.

C. Dans le post-partum.

Si, malgré la présence de ces fibromes pelviens dystociques, l'accouchement a pu se terminer spontanément ou par interventions obstétricales auxiliaires, si les fibromes demeurent sans paraître devoir régresser considérablement, on pourra conseiller à la femme de se faire opérer ultérieurement. Plusieurs de ces opérations ont été d'ailleurs faites peu après l'accouchement. Dernièrement, Schwartz¹¹⁸ rapportait à la Société de chirurgie, le cas d'un myome développé sous le péritoine recto-utérin, dans le Douglas, qui occasionna une dystocie grave et nécessita la basiotripsie : il fit peu après la laparotomie qui lui permit d'extirper ce myome qui pesait 500 grammes et qui ne possédait pas de pédicule.

III. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE COMPLIQUANT LES FIBROMES

Nous avons cité à l'historique les cas de Lebec, Arrou et Vanverts, Morestin.

Pour la conduite à suivre en pareil cas, il n'y aurait qu'à imiter ces auteurs. Arrou et Vanverts, incertains dans leur diagnostic, avaient d'abord incisé le cul-de-sac postérieur, vidé l'hématocèle rétro-utérine, puis fait la laparotomie pour enlever et la trompe rupturée et les tumeurs.

Dans son cas, Morestin, qui recourut à la laparotomie immédiate, à juste raison, trouva le pelvis obstrué par les fibromes sous-péritonéaux ; il dut, d'abord, pratiquer l'ablation des tumeurs qui étaient fort gênantes pour la constitution d'un pédicule au niveau de la trompe rompue et pour la détersion du cul-de-sac de Douglas rempli de caillots.

L'observation d'Arrou et Vanverts concerne une jeune fille de 18 ans chez laquelle la chirurgie conservatrice était tout indiquée, vu son âge, et elle fut réalisée dans les conditions les plus désirables, puisqu'on extirpait les fibromes seuls ainsi que la trompe malade et qu'on lui laissait les annexes saines d'un côté pouvant fonctionner.

Dans le cas où le diagnostic entre un néoplasme fibreux et une grossesse extra-utérine serait douteux, la radiographie pourrait être de quelque utilité. C'est ainsi qu'Imbert¹¹⁹, de Montpellier, a pu

dans une circonstance semblable obtenir une épreuve radiographique montrant nettement l'existence d'un fœtus de 5 à 6 mois. Mais il faut savoir qu'avant le 6^e mois de la grossesse, les épreuves de ce genre ne donnent rien, ainsi qu'il résulte de la communication du professeur Pinard et de Varnier au Congrès de Moscou en 1897 sur la pelvigraphie et la pelvimétrie par les rayons X, et d'une publication plus récente de Varnier¹²⁰ en 1899.

•

OBSERVATIONS

D'ÉNUCLÉATION AVEC OU SANS MORCELLEMENT

par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale,

SELON LE PROCÉDÉ DE P. SEGOND



OBSERVATION I

Énucléation par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome sous-muqueux interstitiel du fond de l'utérus, ayant le volume d'une noix. Hystérectomie vaginale consécutive, quatre ans après, non pour récurrence fibreuse, mais pour troubles d'origine annexielle. Guérison. (Pour ce qui est de l'hystérectomie vaginale, cette observation a déjà été publiée dans la thèse inaugurale de Baudron (E. BAUDRON : *De l'hystérectomie vaginale*, th. doct., Paris, 1894, p. 157. Observation 4). Segond a bien voulu rédiger pour nous cette observation, à l'exception du dernier paragraphe : Nous reproduisons textuellement les notes de notre maître.)

M^{me} X....., 32 ans, opérée le 30 décembre 1886.

Passé clinique.

« Régliée à 16 ans. Mariée à 26 ans.

« Grossesse et accouchement normaux à 27 ans. Depuis cet accouchement, « douleurs fréquentes du côté des annexes, règles très pénibles, pertes « blanches abondantes entre les époques; les douleurs ne sont calmées que « par la morphine dont la malade prend ainsi l'habitude. Depuis quelques « mois, ménorrhagies abondantes. »

Examen clinique.

« Au moment de l'intervention, l'état de la malade s'est aggravé, les crises « menstruelles sont plus douloureuses que jamais; les urines sont normales; « il n'y a aucune lésion viscérale appréciable.

« L'état général est très mauvais : faiblesse extrême causée par l'abondance « des ménorrhagies qui se produisent depuis quelques mois et par l'abus de la « morphine.

« Examen local : Utérus mobile, gros comme le poing; col non dilaté; « annexes augmentées de volume et assez douloureuses au toucher. »

Diagnostic.

« Fibrome du corps. L'occlusion du col ne permet pas de dire d'avance s'il « est interstitiel, sous-muqueux ou polypoïde. »

Indications opératoires.

« Ce fibrome doit évidemment être opéré. Malgré la présence de lésions « annexielles, il faudra recourir à l'opération la plus simple : à l'hystérotomie « bicommissurale qui, étant d'abord exploratrice, permettra de décider la « conduite opératoire définitive à suivre. »

Opération.

« Le 30 décembre 1886, par P. Segond avec l'assistance de Letulle, Jamin « et Launois. Double incision du col. Reconnaissance du fibrome par le tou-

« cher. Il est inclus dans le fond du muscle utérin et en grande partie sous-muqueux. Son ablation se fait sans difficulté et les deux incisions cervicales sont suturées à la soie (fig. 24).

« A la suite de cette intervention, Letulle me donna la note histologique suivante, concernant le fibrome enlevé : « Fibro-myxome un peu vilieux. Les

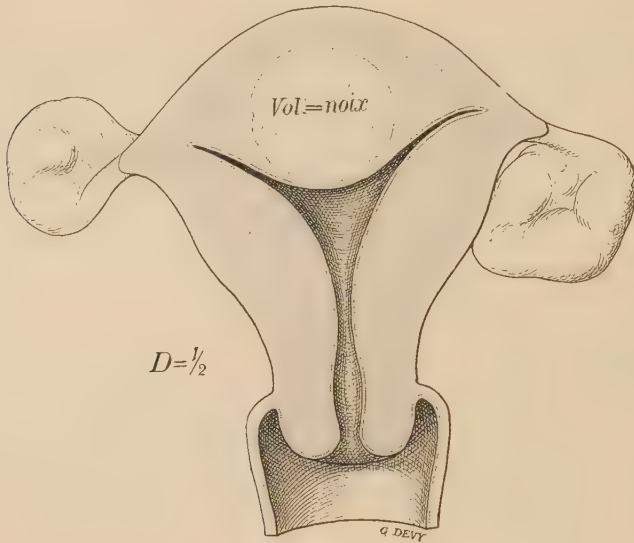


FIG. 24 (Obs. I).

« villosités très vasculaires, creusées de lacs capillaires très superficiels, devaient saigner facilement. Mais, nulle part, trace de processus épithéliomateux. »

Suites opératoires.

« Guérison rapide et sans incident.

« A la suite de cette opération, cessation des pertes, mais continuation des douleurs et de la leucorrhée.

« Les choses restent en l'état jusqu'au milieu de 1889.

« A cette date, réapparition des ménorrhagies. Un autre chirurgien, consulté à ce moment, pratique une périnéorrhaphie et une amputation du col. Double opération dont les indications restent pour moi très problématiques. En tout cas, résultat nul.

« Continuation des pertes, exacerbation des douleurs, si bien que le 13 septembre 1890, c'est-à-dire quatre ans après l'hystérotomie cervicale bilatérale avec énucléation, je pratique l'hystérectomie vaginale.

« L'intensité des troubles douloureux et l'augmentation de volume des annexes légitimaient pleinement cette ablation totale.

« Aujourd'hui, décembre 1900, l'opérée est toujours morphinomane, mais elle n'a plus eu et n'a plus aucun trouble pelvien. »

Remarques.

Cette observation est surtout intéressante au point de vue des lésions annexielles qui existaient avant que l'hystérotomie cervicale bilatérale ne fut pratiquée pour l'énucléation du fibrome.

Cette opération visait uniquement le fibrome, mais l'on pouvait espérer, qu'à sa suite, les lésions annexielles qui n'avaient pas échappé à l'examen clinique, pourraient s'amender plus ou moins. C'est ce qui arriva en effet : après l'ablation de la tumeur, il y eut pendant 3 ans amélioration réelle, sinon extinction complète.

Cette évolution se comprend fort bien, surtout ici, où il s'agit d'un fibrome du fond de l'utérus, par conséquent plus ou moins voisin des embouchures tubaires qui sont là deux portes tout ouvertes à l'infection partie de la muqueuse revêtant le fibrome et présentant à son niveau, plus accentuées, des lésions métritiques étendues à toute la cavité utérine. Il est certain que la présence de polypes ou de fibromes entretient et exaspère les lésions tubo-ovariennes concomitantes si elle ne les a pas souvent engendrées ou favorisées.

Dans cette observation, il y a eu réveil plus aigu des anciennes lésions. Ce réveil est resté indéterminé dans ses causes, mais il est tout au moins permis de penser que l'amputation inutile du col n'a pu que le favoriser.

Ainsi donc, l'annexite préexistait à l'hystérotomie bicommissurale et l'on ne peut accuser cette dernière de l'avoir occasionnée. D'ailleurs, dans d'autres cas, une suppuration tubo-ovarienne se produirait-elle à la suite d'une énucléation par hystérotomie bicommissurale, que celle-ci ne doit pas en être rendue responsable. Cette opération ne confère pas l'immunité contre les infections consécutives, gonococciques, puerpérales ou autres.

L'hystérectomie vaginale a permis de constater, dans ce cas particulier, que l'utérus ne présentait pas d'autres fibromes et qu'après 4 années, il n'y avait pas eu de récurrence fibreuse.

OBSERVATION II

Énucléation et morcellement, par hystérotomie cervico-vaginale unilatérale droite, d'un fibrome sous-muqueux du fond de l'utérus, ayant le volume du poing. Hystérectomie vaginale consécutive, treize mois après, pour récurrence fibreuse. Guérison.

M^{lle} X..., 34 ans, opérée chez les Sœurs de la rue de la Santé, le 26 juillet 1888.

Passé clinique.

Ménorrhagies et métrorrhagies abondantes.

Examen clinique.

État général : Anémie due aux pertes sanguines.

Examen local : Utérus volumineux, d'apparence globuleuse, de consistance dure, mobile ; col en partie effacé, mais non dilaté ; rien d'appréciable aux annexes.

Diagnostic.

Fibrome sous-muqueux au fond de l'utérus ou polype (fig. 25).

Indications opératoires.

L'hystérotomie exploratrice et l'énucléation pure et simple sont tout indi-

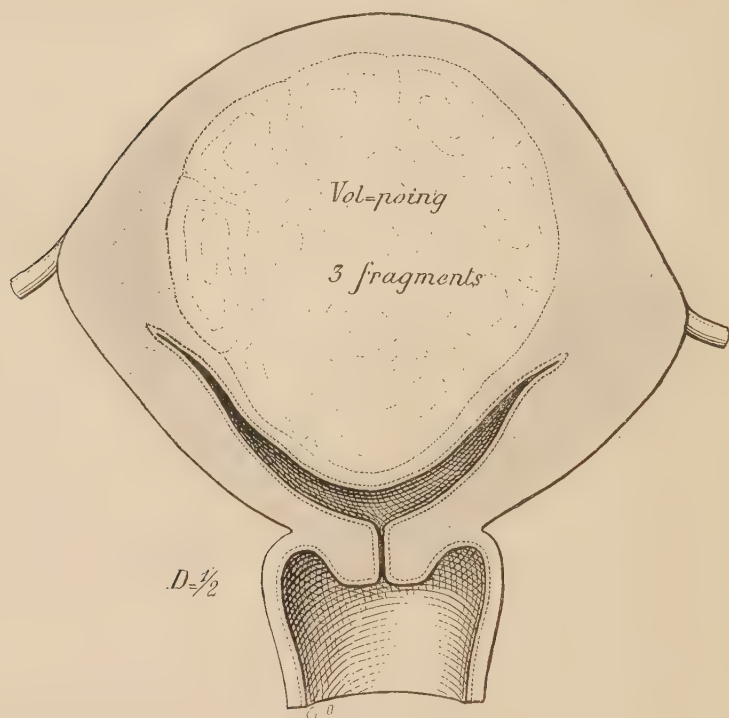


FIG. 25 (Obs. II).

quées d'autant que l'utérus n'est pas déformé outre mesure et qu'il n'y a pas de lésions annexielles.

Opération.

Le 26 juillet 1888, par P. Segond.

Large débridement cervico-vaginal au niveau du point qui représentait jadis la commissure droite du col : c'est là, malgré l'aplatissement et l'effacement de ce dernier qui n'est pourtant pas ouvert, une véritable hystérotomie unilatérale.

On trouve un fibrome du fond de l'utérus, à la fois interstitiel et sous-muqueux et qui tend vers la pédiculisation par son hémisphère inférieur.

Morcellement en 3 fragments aux ciseaux.

La cavité utérine et la cupule d'énucléation sont bourrées à la gaze.

Le débridement de l'utérus n'est pas suturé.

Le fibrome était gros comme le poing et avait subi, par places, la dégénérescence kystique.

Suites opératoires.

L'opérée guérit, mais plusieurs mois après le fibrome se reproduit, les métrorrhagies reparaissent, et le 6 septembre 1889, P. Segond pratique l'hystérectomie vaginale. Le fibrome reproduit était très volumineux. Il formait avec l'utérus une masse remontant jusqu'à l'ombilic.

L'opérée a guéri ; elle est aujourd'hui (décembre 1900) en très bonne santé.

Remarques.

L'intérêt de cette observation réside dans la récurrence fibreuse sur place, peu de temps après. Il faut remarquer qu'il s'agissait d'une tumeur fibro-kystique ; malgré la possibilité d'une récurrence, il est très évident que dans des cas analogues, la seule conduite à suivre est celle qui l'a été ici, lors de la première intervention.

OBSERVATION III

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale unilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la partie droite de l'utérus, ayant le volume du poing. Guérison.

M^{me} F..., du Caire, 34 ans, opérée le 21 juin 1897, rue de la Santé.

Passé clinique.

Femme nullipare. Métrorrhagies. Pas de complications ni de troubles, en dehors des pertes de sang, dignes d'être notés.

Examen clinique.

État général : Touché par l'anémie qu'entraînent les hémorrhagies répétées et croissantes.

État local : Utérus volumineux, développé surtout à droite, assez régulier cependant à sa surface, mobile, rien de spécial du côté du col, rien apparemment aux annexes.

Diagnostic.

Fibrome volumineux comme un gros poing, interstitiel, de la partie latérale droite de l'utérus, et sans doute solitaire (fig. 26).

Indications opératoires.

Le diagnostic précédent, basé sur les notions que nous avons dites, commandait l'essai de conservation de l'utérus en pratiquant l'hystérotomie suivie du morcellement et de l'énucléation.

Opération.

Le 21 juin 1897, par P. Segond, avec l'assistance d'Herbet et Lenoir.
Chloroforme.

Incision transversale de la commissure droite seulement.

Aux pinces, au tire-bouchon, au couteau, morcellement et énucléation du fibrome volumineux et placé topographiquement tel qu'il avait été diagnostiqué.

L'extirpation du bloc fibreux étant faite, la loge déshabillée explorée au

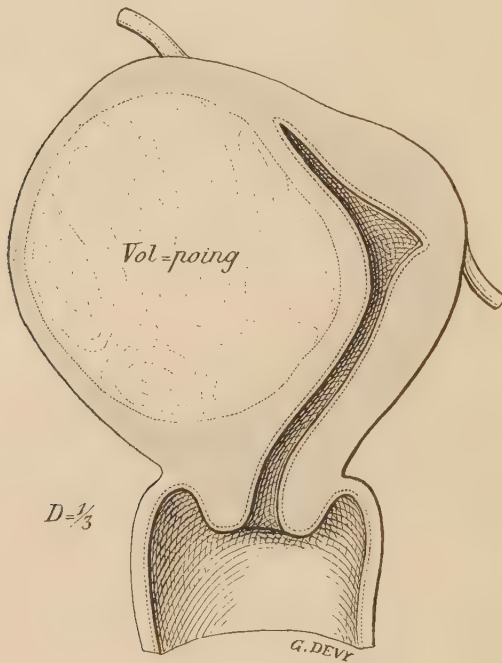


FIG. 26 (Obs. III).

doigt et reconnue indemne dans ses parois, c'est-à-dire sans solution de continuité, est bourrée à la gaze stérilisée et à la gaze iodoformée.

L'incision hystérotomique commissurale droite est restaurée par quelques points au catgut.

Suites opératoires.

Apyrétiques, sans incident. Pansement renouvelé au bout d'une semaine. Au bout de 10 jours, simplement injections vaginales.

La malade a été revue par Segond dans le courant de 1898, c'est-à-dire un an après environ, en excellent état, bien réglée, ne perdant plus.

Remarques.

L'incision hystérotomique commissurale unilatérale a suffi pour aborder et extraire ce fibrome assez volumineux: elle a été pratiquée sciemment du côté correspondant à la tumeur; c'est toujours ainsi qu'il faudra commencer l'incision du col, car on pourra se borner à la section unilatérale.

OBSERVATION IV

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale unilatérale d'un fibrome sous-muqueux interstitiel développé dans le fond de l'utérus, ayant le volume de deux poings. Guérison.

M^{me} B..., 45 ans, opérée le 27 juillet 1897.

Passé clinique.

Femme multipare. Menstruation devenue irrégulière. Période assez longue de ménorrhagies avant l'opération. Cependant pas de troubles de compression, pas de complications dignes d'intérêt. État général altéré comme après une phase prolongée de pertes sanguines, mais pas gravement.

Examen clinique.

État général : Les pertes métrorrhagiques avec retentissement anémique sur l'état général constituent et résument tout le mal.

État local : L'utérus volumineux, développé surtout au niveau de son pôle supérieur, remonte au-dessus du pubis notablement ; il est assez régulièrement globuleux, et mobile. Le col, au toucher vaginal, a ceci de particulier, qu'il est effacé comme un utérus gravide au moment du travail.

Au palper bimanuel très attentif, les annexes paraissent saines.

Diagnostic.

Il s'agit d'un fibrome assez volumineux, probablement solitaire, implanté dans le fond de l'utérus, interstitiel, en tout cas sous-muqueux sessile (fig. 27).

Indications opératoires.

L'utérus bien que volumineux est régulier : il est mobile ; son relief surtout accusé au niveau du fond rend très probable la localisation en ce point du fibrome sans doute unique ; l'indemnité bilatérale des trompes et des ovaires sont autant de raisons pouvant faire espérer la conservation de l'utérus avec extirpation radicale et complète du fibrome par hystérotomie cervicale suivie de morcellement.

Opération.

Le 27 juillet 1897 par P. Ségond avec l'assistance de Lenoir, et en présence du Dr Champetier de Ribes.

Le col est effacé comme au terme de la grossesse, par conséquent aminci, étalé, en rondelle. On le débride au niveau du point qui correspond à la commissure gauche d'autrefois : il ne s'agit donc pas d'une vraie cervicotomie commissurale, mais d'un simple débridement du col effacé, mais non dilaté.

L'opération est conduite comme de coutume, au moyen du morcellement par le tire-bouchon et le couteau bitranchant.

Le fibrome était bien, en effet, implanté sur le fond de l'utérus, sous-muqueux sessile et fortement incrusté en plein muscle utérin : c'est donc,

nous le faisons remarquer, non une polypectomie par voie vaginale, mais une véritable énucléation.

L'opération terminée, les fragments coaptés constituent un bloc fibreux d'extirpation du volume des deux poings réunis.

L'utérus est bourré de gaze et le débridement du col n'exige pas sa restauration.

Suites opératoires.

Absolument apyrétiques. Le premier pansement est effectué au bout d'une

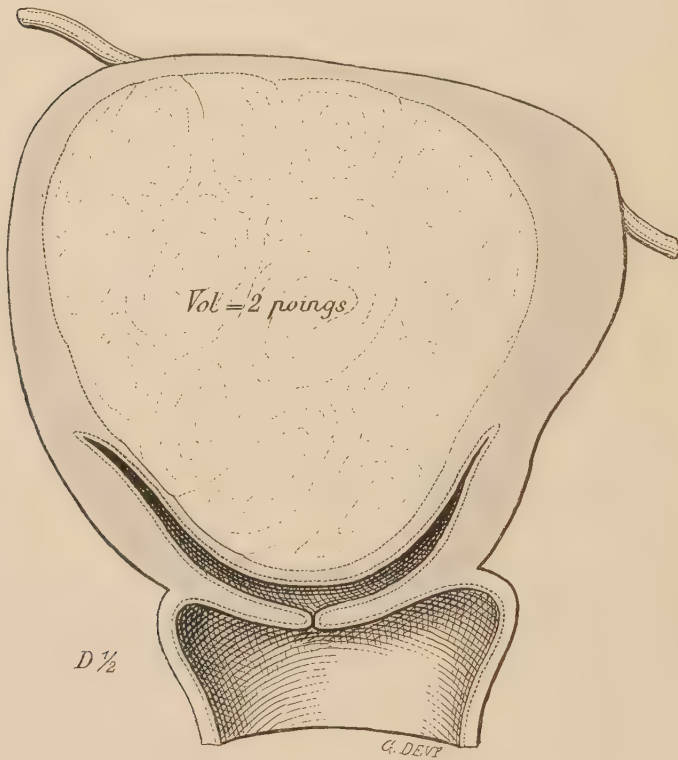


FIG. 27 (Obs. IV).*

semaine : ablation des mèches, détersion de l'utérus, renouvellement de la gaze intra-utérine. Puis injections vaginales consécutives.

La malade a été revue en décembre 1900, c'est-à-dire 3 ans et 5 mois après cette opération, en parfait état de santé et très régulièrement réglée depuis cette hystérotomie unilatérale.

Remarques.

Cette observation est intéressante surtout au point de vue opératoire.

Pour rendre accessible la cavité utérine, un débridement unilatéral a suffi

et permis assez de jour et assez de place pour l'extraction du fibrome pourtant volumineux.

Bien que la situation de ce dernier localisé au fond utérin eut pu, dans les manœuvres morcellaires et de traction, entraîner l'invagination du pôle supérieur de l'utérus aminci et non soutenu par le néoplasme en voie d'extirpation, l'inversion utérine, pourtant bien possible, ne s'est pas produite.

Enfin, *au point de vue du résultat*, il faut estimer sa valeur réelle : au bout de 3 ans et demi, la malade est très bien portante, n'a pas eu de récédive, n'a pas eu de pertes et conserve un utérus redevenu et maintenu normal.

OBSERVATION V

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure de l'utérus, pesant 900 grammes. Guérison.

M^{me} X..., opérée le 20 septembre 1897.

Passé clinique.

Malade âgée de 35 ans, nullipare.

Ayant eu depuis longtemps des pertes hémorrhagiques abondantes. Pas de phénomènes de compression.

Examen clinique.

État général : Anémie marquée par suite des métrorrhagies.

État local : Utérus assez volumineux, mais sphérique, mobile; relief sur la paroi postérieure de l'utérus. Pas d'empâtement dans les culs-de-sac. Pas d'altération appréciable des annexes.

Diagnostic.

Fibrome interstitiel, probablement unique, de la paroi postérieure de l'utérus (fig. 28).

Indications opératoires.

La forme assez régulière de l'utérus, sa mobilité, la probabilité d'un seul fibrome, l'intégrité des annexes, font penser que c'est un cas fort justiciable de l'hystérotomie cervico-bicommissurale et de l'énucléation.

Opération.

Pratiquée le 20 septembre 1897 par P. Segond avec l'assistance d'Herbet et Lenoir.

Incision transversale bilatérale du col.

Énucléation par morcellement, comme d'habitude, avec l'aide du tire-bouchon et du couteau à double tranchant.

On trouve en effet, comme on l'avait diagnostiqué, un fibrome unique de la paroi postérieure de l'utérus et inclus aussi en partie dans le fond utérin, qui, après l'extraction du néoplasme, se montre remarquablement mince, mais cependant sans solution de continuité, et faisant barrière suffisante entre la cavité utérine et la cavité péritonéale.

L'énucléation de ce fibrome s'est réalisée par la fragmentation en 7 morceaux (fig. 29).

La cavité de l'utérus et la loge déshabitée du fibrome ont été bourrées par 3 rouleaux de gaze stérilisée et un seul de gaze iodoformée.

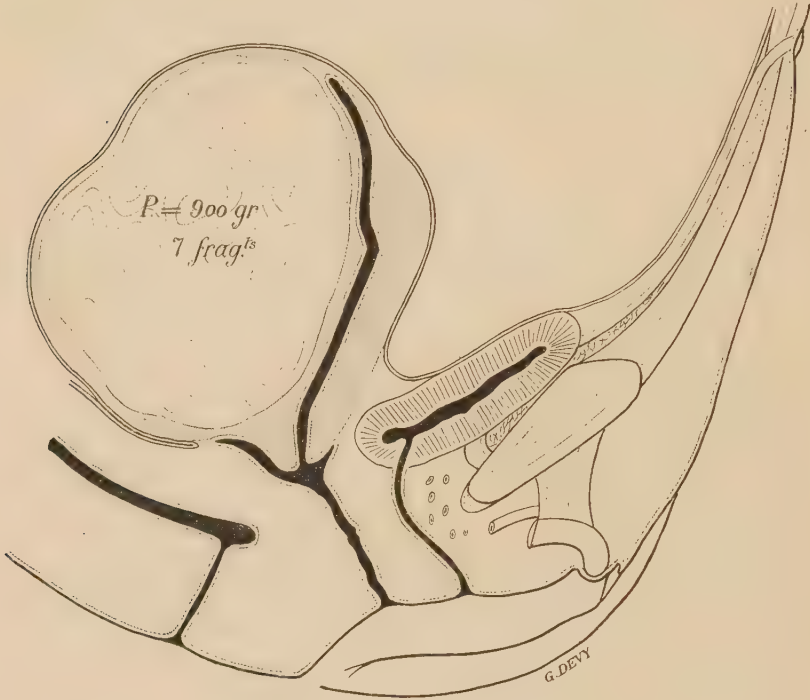


FIG. 28 (Obs. V).

L'opération est terminée par la suture de chaque commissure du col débridée, au moyen de 4 points au catgut.

Le fibrome pesait 900 grammes.

Suites opératoires.

Apyrétiques. — Le premier pansement est fait le 6^e jour et consiste dans l'ablation des mèches de gaze, le nettoyage de la cavité de l'utérus et de la loge fibreuse, et dans la mise d'une autre mèche peu tassée. Celle-ci est retirée quelques jours après et des injections vaginales simples sont alors pratiquées.

La malade a été revue par Segond 6 mois après cette intervention : elle ne présentait plus de pertes sanguines, la menstruation était redevenue régulière et l'état général excellent.

Remarques.

Au point de vue du diagnostic, l'opération a trouvé justifiée la topographie présumée du fibrome et son unicité.

Au point de vue opératoire, on peut voir que cette énucléation a pu être réalisée complète et efficace pour un fibrome pourtant gros. La loge du néo-



FIG. 29 (Obs. VI). Les fragments de la tumeur.

plasme était fortement amincie au niveau du fond de l'utérus, mais on a pu opérer avec suffisamment de dextérité pour ne point en amener l'effraction.

OBSERVATION VI

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel, développé dans la paroi antérieure de l'utérus, ayant le volume d'une orange. Guérison.

M^{me} C..., 41 ans, opérée le 16 octobre 1897.

Passé clinique.

Réglée à 11 ans, régulièrement. Mariée à 21 ans.

Grossesse gémellaire à 28 ans.

Depuis 2 ou 3 ans, règles plus abondantes, durant 10 à 12 jours.

Depuis le mois de juillet 1897, pertes pour ainsi dire continuelles.

Examen clinique.

État général : fortement anémié.

L'examen local fait constater, à la simple palpation abdominale : une masse arrondie, dure, régulière au-dessus de la symphyse ; au toucher : un vagin

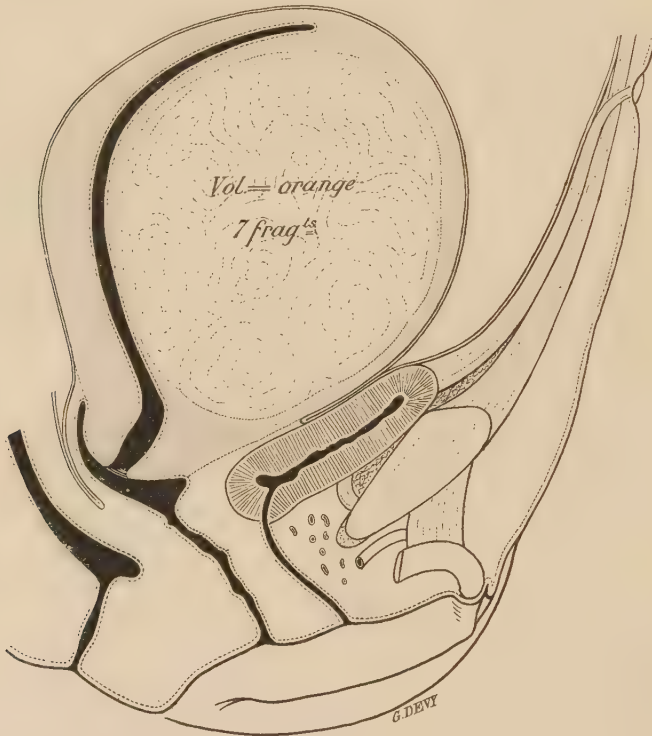


FIG. 30 (Obs. VI).

étroit, un col entr'ouvert, remonté très haut, un utérus mobile avec sa tumeur. L'hystéromètre indique 16 à 17 centimètres de cavité utérine.

Diagnostic.

Fibrome interstitiel de la paroi antérieure du corps de l'utérus.

Indications opératoires.

L'absence de lésions annexielles, un utérus régulier et mobile avec fibrome probablement solitaire plaident en faveur d'une énucléation par hystérotomie cervico-vaginale.

Opération.

Le 16 octobre 1897, par P. Segond.

Anesthésie à l'éther.

Incision bicommissurale du col : le col est largement ouvert en 2 valves. Morcellement au tire-bouchon et au couteau bitranchant, en 7 fragments du fibrome qui est gros comme une orange (fig. 30).

Suture du col par 4 points au catgut sur chaque commissure.

L'opération a duré trois quarts d'heure.

Suites opératoires.

Le premier jour, pas de température, mais les 3 jours qui suivent elle s'élève à 38° le matin et 39° le soir, en même temps qu'il y a du ballonnement abdominal, de la constipation et de la douleur à gauche.

Le 4^e jour, on enlève les mèches utérines et il s'écoule alors une grande quantité de liquide purulent infect : le ballonnement et la douleur disparaissent à la suite de ce pansement. Mais l'écoulement purulent continue à se produire pendant une quinzaine de jours, nécessitant des lavages intra-utérins quotidiens. Peu à peu l'utérus revient sur lui-même et l'écoulement disparaît. La malade sort guérie de l'hôpital.

Remarques.

Comme on peut le constater, il s'est agi d'un cas simple au point de vue opératoire, et rien ne pouvait faire penser à la complication d'infection. Il a dû y avoir une faute d'antisepsie ou la cavité utérine n'avait pas été, au préalable, suffisamment aseptisée.

OBSERVATION VII

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi antérieure de l'utérus, pesant 220 grammes. Guérison.

M^{me} M..., 34 ans, opérée à la Salpêtrière, le 22 octobre 1897.

Passé clinique.

Réglée à 15 ans, régulièrement. Mariée à 23 ans. 3 grossesses normales.

Depuis 3 à 4 ans, métrorrhagies.

Depuis le mois de mai 1897, les pertes sont pour ainsi dire continuelles.

Métrorrhagie très abondante en juillet 1897.

Examen clinique.

L'état général est assez fortement touché par les pertes; femme amaigrie, teint jaunâtre.

Examen local : le toucher bimanuel fait constater un utérus gros comme les deux poings, porté en avant et à gauche, mobile, dur. Col fermé. Rien aux annexes.

Diagnostic.

Fibrome interstitiel développé dans la paroi antérieure et un peu à gauche du corps utérin.

Indications opératoires.

Fibrome unique sans doute, bien localisé, assez régulier, utérus mobile, ovaires et trompes sains, commandent une énucléation par hystérotomie.

Opération.

Le 22 octobre 1897, à la Salpêtrière, par P. Segond.

Anesthésie générale à l'éther.

Hystérotomie cervicale bicommissurale. Morcellement comme d'habitude au

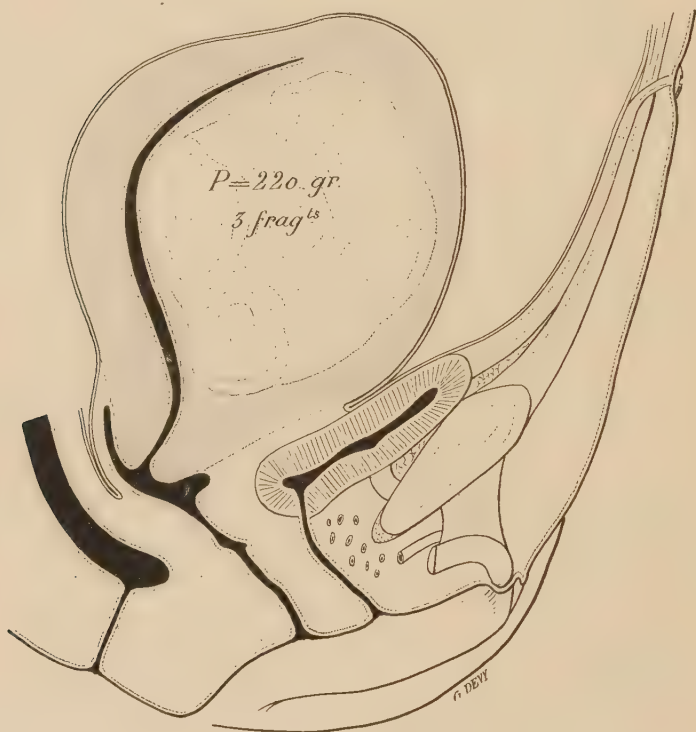


FIG. 31 (Obs. VII).

tire-bouchon et au couteau à double tranchant. Ablation du fibrome en trois fragments. Tamponnement mixte antiseptique et aseptique de la loge évacuée.

Réparation du col par quelques points au catgut.

Le fibrome enlevé pèse 220 grammes (fig. 31).

Suites opératoires.

Le 24 octobre, c'est-à-dire deux jours après l'opération, élévation de la température à 39°. On enlève alors la mèche intra-utérine et intra-loculaire : la température tombe. Depuis, suites opératoires très simples. La malade sort guérie vingt jours après. Revue quelque temps après, son état est parfait.

Remarques.

Cette observation ne présente rien de bien particulier à mettre en relief. Il y a eu élévation de température vers le 2^e jour, mais on voit ici qu'on se rend facilement maître de cette poussée fébrile d'ordre infectieux en changeant le pansement; nous rappelons que c'est ordinairement au 8^e ou 10^e jour que les mèches sont ôtées pour la première fois après l'opération.

OBSERVATION VIII

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure de l'utérus, pesant 700 grammes. Inversion utérine totale opératoire. Guérison. (Cette observation a été prêtée à notre collègue Fresson pour son mémoire sur l'inversion utérine.)

M^{me} M..., 36 ans, opérée rue de la Santé, le 5 novembre 1898.

Passé clinique.

Réglée pour la première fois à 12 ans. Depuis, menstruation régulière, mais abondante.

Pas de grossesses, pas de fausses couches.

Cette femme n'a jamais été malade jusqu'en avril 1897, c'est-à-dire jusqu'à il y a 18 mois.

Jusqu'à cette époque, elle eut ses règles parfaitement régulières bien que toujours abondantes, et c'est alors seulement qu'elle commence à souffrir dans le ventre et surtout dans la région lombaire : les douleurs étaient alors localisées à gauche dans le ventre avec irradiation dans la racine de la cuisse.

Au mois de juillet 1897, c'est-à-dire il y a 16 mois, étant en traitement à Berck-sur-Mer, elle se fait examiner par un médecin qui constate l'existence d'un fibrome utérin.

En juillet 1898, c'est-à-dire il y a 4 mois, elle se fait examiner de nouveau par le même médecin qui constate que le fibrome s'est beaucoup développé et l'évalue au volume d'une tête de fœtus.

En septembre et octobre 1898, c'est-à-dire depuis deux mois, elle a eu des ménorrhagies abondantes durant 10 jours avec émission de caillots.

Examen clinique.

État général : Anémie consécutive aux pertes ; cependant état satisfaisant.

Examen local : Utérus volumineux, globuleux, remontant au-dessus du pubis, saillie de la paroi postérieure de la matrice, mobilité de l'organe. Rien aux annexes.

Diagnostic.

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus.

Indications opératoires (fig. 32).

L'indication d'une énucléation par hystérotomie bicommissurale repose sur les signes physiques sus-énoncés : fibrome localisé, probablement solitaire, mobilité de l'utérus, indemnité annexielle.

Opération.

Le 5 novembre 1898, rue de la Santé, par P. Segond.

Hystérotomie bicommissurale du col comme d'habitude. Après écartement des deux lèvres du col, un coup de bistouri dans le muscle utérin à travers la

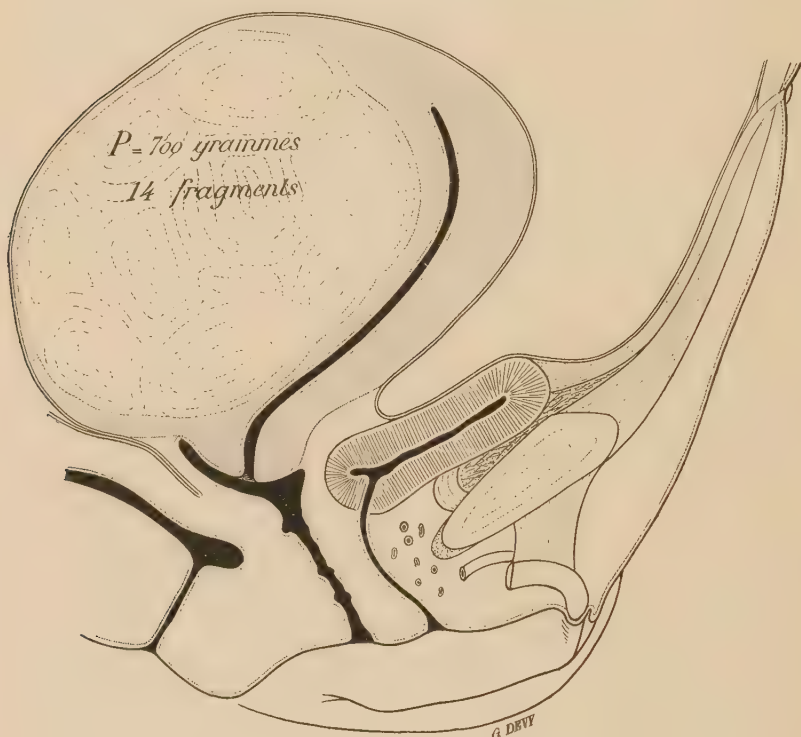


FIG. 32 (Obs. VIII).

cavité utérine, découvre le fibrome qui est morcelé au couteau à double tranchant et au moyen du tire-bouchon en 14 morceaux dont l'ensemble pèse 700 grammes (fig. 33).

Les tractions exercées sur le dernier morceau adhérent à la coque entraînent une inversion totale de l'utérus.

Réduction facile de l'inversion et tamponnement de la loge fibreuse avec des mèches (1 iodoformée, plusieurs stérilisées simplement).

Pas de suture des lèvres du col incisé. L'opération a duré 40 minutes.

Suites opératoires.

Excellentes, malgré une hémorrhagie assez abondante le soir même de l'opération et qui fut arrêtée par un tamponnement plus serré. Suites apyrétiques.

Ablation des mèches le 10^e jour. A partir de ce moment et pendant 10 jours

on administra à la malade des injections d'ergotine Yvon pour faciliter le retour de l'utérus à son volume normal. En même temps, lavages intra-utérins quotidiens avec de l'eau bouillie, à 45°.

Cette technique post-opératoire (injection d'ergotine) ne semble pas avoir donné des résultats bien probants quant à la régression utérine.

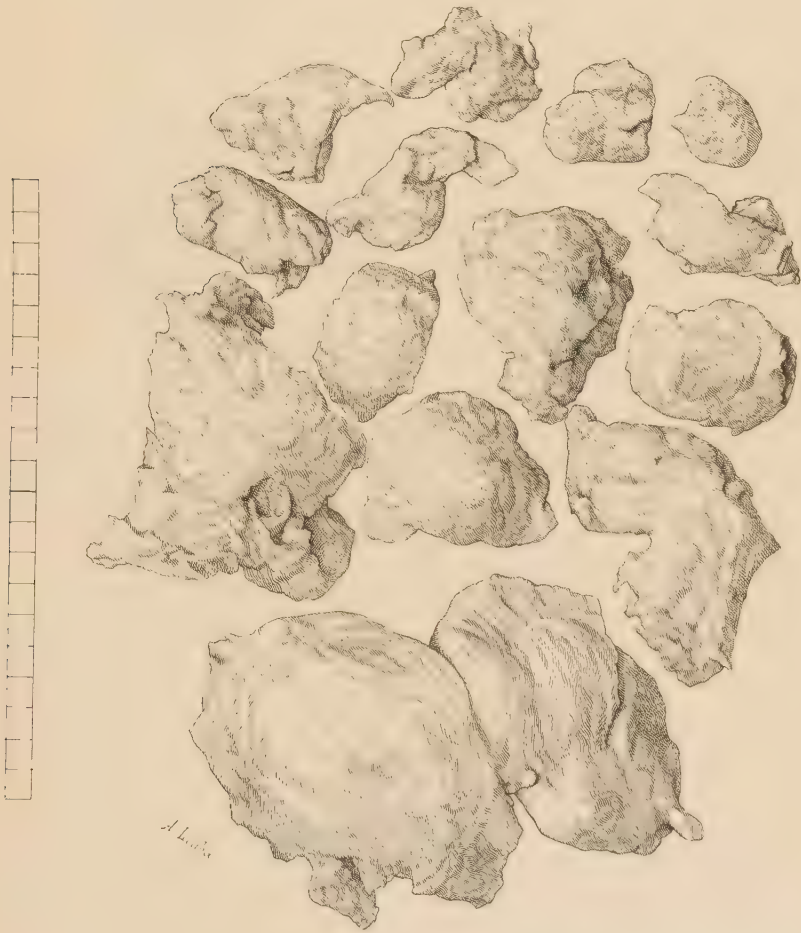


FIG. 33 (Obs. VIII).

L'opérée a été revue dernièrement (1900) en parfait état de santé. Elle n'a plus eu de pertes, et ses règles sont d'abondance moyenne (elles durent 2 jours au lieu de 5 à 8 comme autrefois) et non douloureuses. Les incisions de l'hystérotomie sont réunies en presque totalité et leurs traces se réduisent à deux encoches ne portant que sur la portion vaginale du col. L'utérus est mobile et a repris ses dimensions normales.

Remarques.

Rien de spécial au point de vue opératoire. Nous avons ici un cas d'hémorrhagie après l'opération dont on se rend facilement maître par un simple tamponnement sans recourir à une autre intervention.

L'ergotine ne semble pas être un auxiliaire pour obtenir une régression plus rapide du muscle utérin après l'évacuation du fibrome.

Les incisions cervicales non suturées, se coaptent suffisamment par la suite et spontanément.

OBSERVATION IX

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale unilatérale droite de deux fibromes : l'un interstitiel, l'autre inclus dans le ligament large droit, ayant chacun le volume du poing. Guérison.

M^{me} L..., âgée de ans, opérée le 27 janvier 1898.

Passé clinique.

Ménorrhagies et métrorrhagies remontant à une date éloignée, constituent la symptomalogie de ce cas. Pas d'autres complications ni symptômes intéressants.

Examen clinique.

État général : anémie par les pertes.

Examen local : fait constater un utérus assez volumineux, mais mobile et flanqué d'une masse dure, arrondie, du volume du poing et placée à droite au niveau du ligament large. Rien du côté du col; rien du côté des annexes gauches.

Diagnostic.

Utérus fibromateux, avec un fibrome placé sur le bord droit de l'utérus et inclus dans le ligament large correspondant.

Indications opératoires.

L'absence de lésions annexielles à gauche, l'utérus mobile, et la localisation apparente d'un fibrome à droite de l'utérus, commandent un essai d'énucléation avec conservation de l'utérus.

Opération.

Le 27 janvier 1898, par P. Segond avec l'assistance d'Herbet et Lenoir.

Incision commissurale du col seulement à droite, du côté correspondant au fibrome. Elle suffit à rendre le fibrome accessible.

Le morcellement et l'énucléation avec le tire-bouchon, permettent l'extirpation du premier fibrome gros comme le poing environ, intra-pariétal; mais, reste à droite vers le ligament large une deuxième masse dure, un autre fibrome, presque de même volume que l'on extrait à son tour (fig. 34).

Tamponnement des cavités restantes avec des mèches stérilisées dont une iodoformée.

Suites opératoires,

Absolument apyrétiques. 1^{er} pansement au bout d'une semaine : ablation des mèches, et renouvellement. Injections vaginales simples vers le 12^e jour.

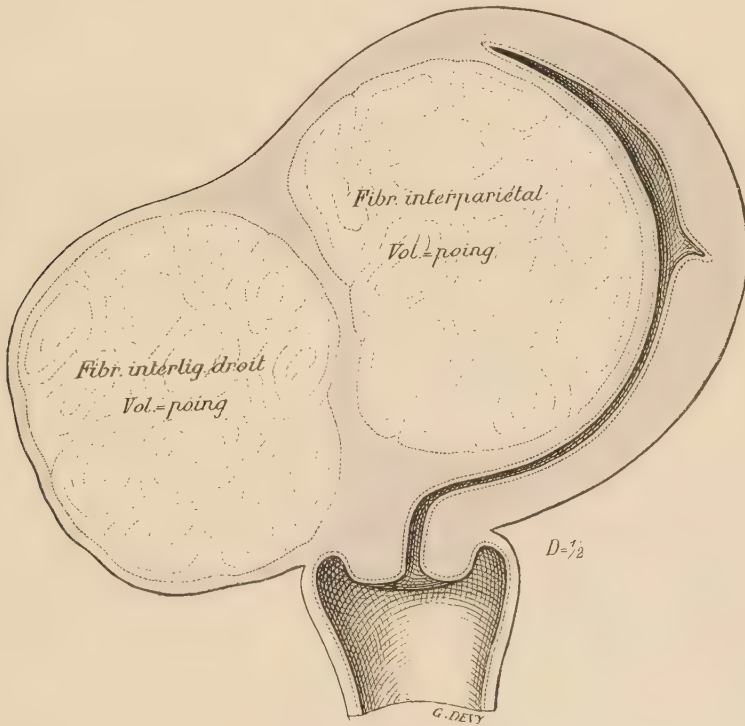


FIG. 34 (Obs. IX).

La malade a été revue en 1900, c'est-à-dire deux ans après, parfaitement guérie, très bien réglée, avec un utérus normal.

Remarques.

Voici donc deux fibromes de volume égal et déjà considérable qui ont pu être enlevés par une ouverture relativement étroite puisque l'on n'a fait la section que sur une commissure.

Cette hystérotomie unilatérale peut donc être utilisée dans l'ablation de certains fibromes du ligament large, aussi bien qu'une section hémicirculaire dans le cul-de-sac vaginal correspondant.

OBSERVATION X

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale de deux fibromes interstitiels développés, l'un dans la corne utérine droite (volume d'une noix), l'autre dans la corne utérine gauche (volume d'une mandarine). Guérison.

M^{me} M..., 48 ans, opérée à la Salpêtrière, le 12 février 1898.

Passé clinique.

Réglée à 15 ans, et depuis, régulièrement, mais avec abondance.

Mariée à 18 ans. A 19 ans, accouchement compliqué d'infection puerpérale assez grave pendant 6 semaines.

A 41 ans, c'est-à-dire il y a sept ans, hémorrhagies attribuées à un fibrome soigné médicalement avec amélioration passagère.

A 47 ans, il y a un an, les hémorrhagies deviennent profuses; on fait un curettage qui semble au contraire les augmenter.

Examen clinique.

État général: actuellement, la malade est affaiblie et anémiée par des métrorrhagies répétées; elle se plaint, en outre, de douleurs lombaires et crurales.

État local: le toucher bimanuel fait percevoir un utérus régulier, mobile, mais gros comme le poing. Annexes saines.

Diagnostic.

Cet utérus volumineux et sphérique doit contenir un ou plusieurs fibromes.

Indications opératoires.

L'hystérotomie bicervico-vaginale exploratrice permettra de voir ce qu'il y a dans cet utérus et d'extraire des polypes ou d'énucléer des noyaux fibreux.

Opération.

A la Salpêtrière, le 12 février 1898, par P. Segond.

Hystérotomie bicommissurale très accentuée, car le doigt ne percevant rien d'abord, il est nécessaire d'explorer le fond et les angles de la cavité utérine.

Cette section bilatérale, très profonde, ne coupe pourtant pas les artères utérines.

Au niveau de la corne utérine droite, on énuclée un noyau fibreux gros comme une noix; au niveau de la corne gauche, on morcelle et énuclée un fibrome gros comme une mandarine (fig. 35).

Tamponnement de la cavité utérine et suture des commissures par 4 points au catgut.

Suites opératoires.

Absolument apyrétiques. Ablation des mèches le 19 février, c'est-à-dire 7 jours après.

La malade est revue deux mois après en parfait état.

Remarques.

Le diagnostic du fibrome interstitiel ne pouvait être fait dans ce cas particulier, encore moins le diagnostic topographique de deux fibromes

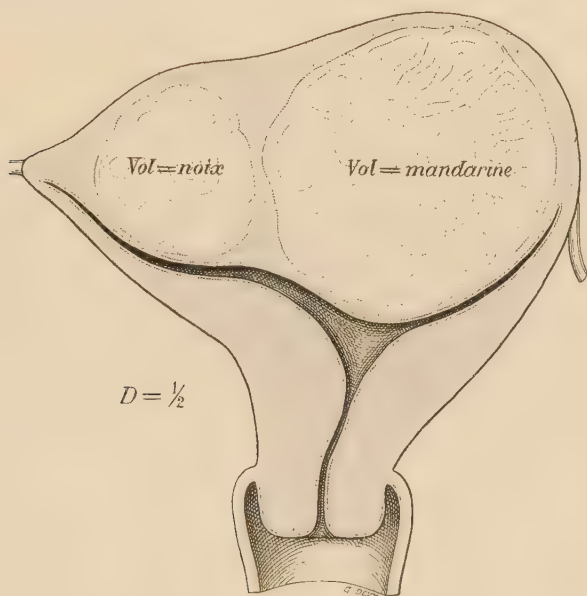


FIG. 35 (Obs. X).

des angles utérins : l'hystérotomie avait donc, avant tout, une valeur exploratrice. Cette observation montre aussi que la section sur les bords de l'utérus peut être poussée très loin sans qu'elle soit très hémorrhagipare.

OBSERVATION XI

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure du corps de l'utérus, pesant 835 grammes. Inversion utérine opératoire. Guérison. (Observation prêtée à notre collègue Fresson pour son mémoire sur l'inversion utérine.)

M^{me} S..., 28 ans, opérée à la Salpêtrière, le 2 avril 1898.

Passé clinique.

Rien d'intéressant dans les antécédents de famille.

Enfant, elle a une rougeole, puis une scarlatine, et à 16 ans une fièvre typhoïde.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement depuis, mais les règles sont douloureuses jusqu'à son accouchement, non depuis.

A 22 ans, c'est-à-dire il y a 6 ans, grossesse normale, mais accouchement avec complications hémorrhagiques. Jamais de fausses couches. Jamais de pertes blanches.

En décembre 1897, c'est-à-dire il y a 4 mois, elle s'aperçoit que son ventre grossit. Depuis cette époque, elle perd tous les matins un peu de sang en

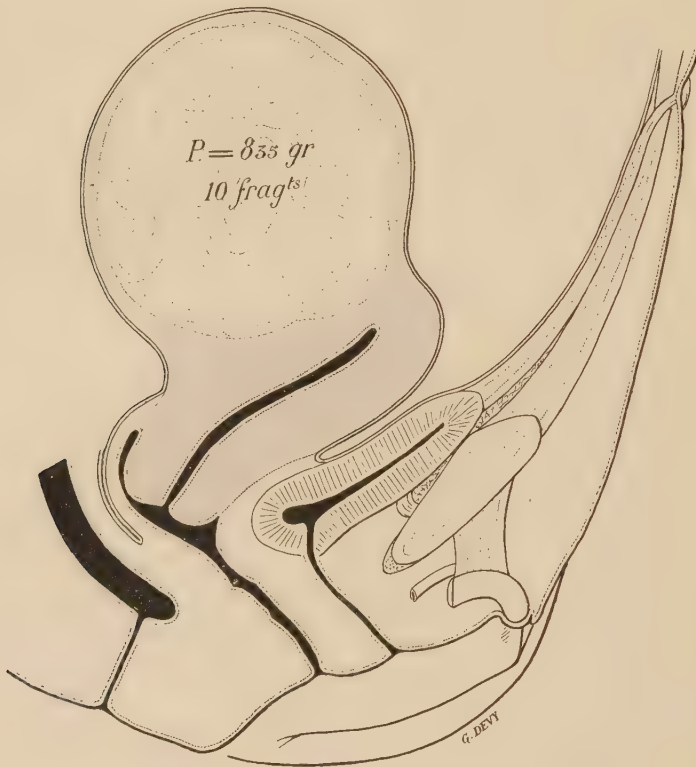


FIG. 36 (Obs. XI).

se levant et ses règles durent environ 8 jours. Jamais de douleurs. Pas de phénomènes de compression, pas d'albumine dans les urines.

Examen clinique.

État général : satisfaisant. En somme, la malade entre à l'hôpital parce que son ventre augmente de volume ; elle est un peu anémique simplement.

Examen local : fait constater, à la simple palpation abdominale, une tumeur qui remonte à deux travers de doigts au-dessus du pubis. Au toucher bimanuel : masse dure, probablement unique, un peu irrégulière, mobile ; col un peu allongé et fermé.

Diagnostic.

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus et haut situé vers le fond (fig. 36).

Indications opératoires.

Mobilité de la masse, fibrome probablement solitaire, indemnité annexielle



FIG. 37 (Obs. XI).

plaident pour l'essai d'énucléation par hystérotomie bicommissurale du col.

Opération.

Le 2 avril 1898, à la Salpêtrière, par P. Segond.

Le col est sectionné sur chaque commissure aux ciseaux. Une petite

hémorrhagie, provenant des branches utérines, est arrêtée aussitôt par l'application d'une longue pince de Kocher de chaque côté. Puis le canal utérin est dilaté avec le doigt.

Le fibrome est très haut situé; c'est à bout de doigt et avec quelques coups d'ongle qu'on arrive à le sentir, puis à le dénuder.

Le tire-bouchon une fois planté, l'abaissement se fait aisément et le fibrome est morcelé en 40 morceaux dont l'ensemble pèse 835 grammes (fig. 37). L'application du tire-bouchon est facilitée par la prise et la traction du fibrome avec une pince dentée, pendant les manœuvres du morcellement.

Au 10^e et dernier morceau, tout vient à la vulve : le fragment adhère à la coque et on reconnaît une inversion utérine totale. Cette inversion permet une exploration complète de la coque utérine qui est très amincie au point de ne mesurer peut-être qu'un demi-centimètre, mais qui est cependant parfaitement intacte.

Réduction de l'inversion, lavage de la cavité à l'eau alcoolisée chaude. Le suintement sanguin est arrêté par un tamponnement avec 8 compresses de gaze stérilisée.

Les lèvres des sections utérines du col ne sont pas suturées.

Durée de l'opération : 4 heures.

L'état de la malade, à la fin de l'opération, est faible; on lui administre du sérum et de l'ergotine.

Suites opératoires.

Les jours suivants, l'état général s'améliore rapidement. La température monte à 38° presque tous les soirs, mais jamais au delà : suintement sanguin très léger seulement.

L'involution utérine se fait très rapidement : elle paraît complète au bout de 40 jours.

Pas de douleurs abdominales (sauf pendant quelques heures, à la première époque menstruelle, les règles faisant défaut).

La malade n'a jamais cessé de se bien porter depuis. Elle a été revue en juin 1898, à la fin de juillet 1898, enfin en décembre 1900, c'est-à-dire au bout de 2 ans et 9 mois, en excellente santé et très bien réglée.

Remarques.

Au point de vue opératoire : difficulté d'atteindre le fibrome haut situé vers le fond d'où nécessité d'une section profonde des commissures, ce qui peut exposer à une hémorrhagie facile à arrêter, du reste; inversion utérine facile à réduire, comme toujours, et même ayant son utilité, puisqu'elle permet de vérifier l'intégrité de la coque péri-fibreuse.

Au point de vue des suites opératoires : involution utérine rapide, et maintien du résultat sans récidence longtemps après.

OBSERVATION XII

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome sous-muqueux interstitiel développé dans la paroi postérieure de l'utérus, ayant le volume d'une mandarine. Guérison.

M^{me} G..., de Châlons-sur-Marne, âgée de..., opérée le 21 juin 1898.

Passé clinique.

Histoire métrorrhagique habituelle du fibrome. Pas de troubles particuliers en dehors des pertes; pas de complications spéciales.

Examen clinique.

Etat général : état anémique déterminé par des pertes sanguines profuses.



FIG. 38 (Obs. XII).

État local : au toucher bimanuel, utérus irrégulier : masse arrondie correspondant à la partie inférieure de la paroi postérieure de l'utérus, bombant par conséquent en arrière vers le Douglas.

Cette masse, présumée fibrome, est surmontée d'une saillie plus petite, sphérique : probablement l'utérus, coiffant, calottant le néoplasme. Le col est

en partie effacé comme un utérus à sa phase dernière de gravidité. Le bloc utéro-fibreux se présente comme une brioche à base inférieure renflée et fibreuse, à sommet arrondi et utérin : il est mobile. Quant aux annexes, il y a lieu de penser qu'elles sont saines.

Diagnostic.

Fibrome à la fois sous-muqueux sessile et interstitiel développé dans le segment inférieur de la matrice (paroi postérieure) et vraisemblablement isolé.

Indications opératoires.

Les précédents signes locaux montrent que c'est un cas où l'hystérotomie bicommissurale est tout indiquée.

Opération.

Le 21 juin 1898, par P. Segond, avec l'assistance de Bigeard et Claisse, en présence du professeur Pinard.

Hystérotomie cervico-vaginale bilatérale : morcellement et énucléation du fibrome se présentant sous l'aspect diagnostiqué. Tire-bouchon, couteau à double tranchant.

Le morcellement donne neuf fragments : quatre infimes, trois de 4 centimètres cubes environ, un de 6 et un de 11 centimètres cubes (fig. 38).

La cavité laissée libre par l'extradition du fibrome est bourrée à la gaze stérilisée.

Les commissures cervicales sont réparées par quatre points de catgut à gauche, un à droite.

Suites opératoires.

Pansement au bout d'une semaine. Ablation et renouvellement des mèches après détersion utérine.

La malade est revue un an après par Segond, bien réglée, bien portante.

Remarques.

Il s'agit ici d'une véritable énucléation morcellaire et non d'une polypectomie trans-utérine par voie vaginale : ce fibrome était absolument interstitiel, sous-muqueux seulement par une de ses faces, celle qui correspondait à la cavité utérine.

OBSERVATION XIII

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure de l'utérus, pesant 1200 grammes. Inversion utérine totale opératoire. Guérison. (Cette observation a été prêtée à notre collègue Fresson pour son mémoire sur l'inversion utérine.)

M^{lle} P., 32 ans, opérée à la Salpêtrière, le 3 décembre 1898.

Passé clinique.

Dans ses antécédents, à noter : mère morte probablement d'un épithélioma utérin.

Premières règles à l'âge de 15 ans, puis réglée régulièrement.

Pas de grossesses, pas de fausses couches.

Il y a 5 mois seulement, la malade a commencé à ressentir des douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen : elle éprouva une gêne très marquée de la miction qui aboutit, en quelques jours, à une rétention d'urine complète : on dut la sonder pendant 8 jours, au bout desquels la rétention cessa. A la même époque, constipation opiniâtre pendant un mois et qui disparut ensuite.

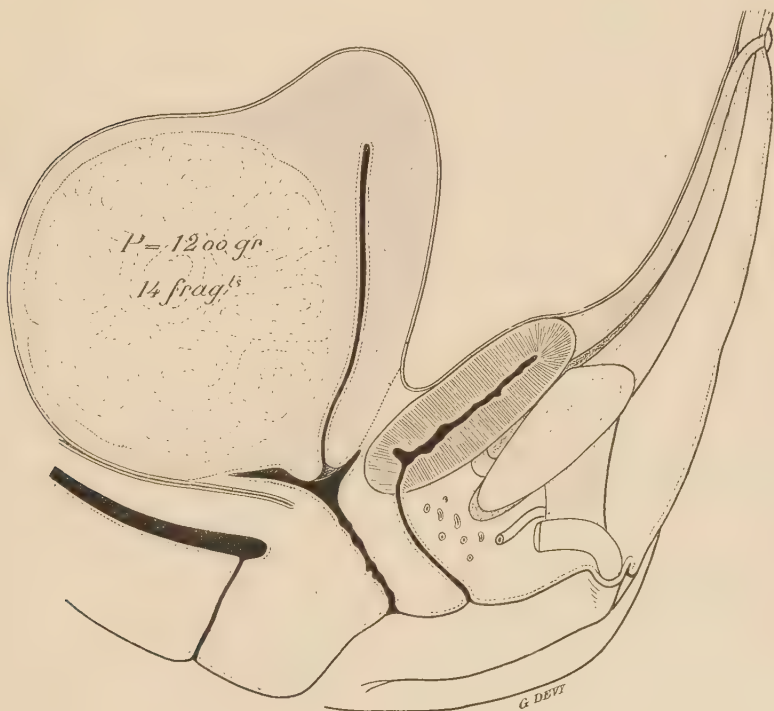


FIG. 39. (Obs. XIII).

Les douleurs ont augmenté, sont devenues presque continuelles, très violentes au moment des règles, forçant la malade à garder le lit.

Les règles sont devenues plus abondantes, durant 6 à 7 jours, et forcent la malade au repos absolu.

Amaigrissement marqué depuis quelque temps.

Examen clinique.

L'état général : se maintient, cependant, assez satisfaisant.

Examen local : on constate, au niveau de la fosse iliaque gauche, une saillie légère et arrondie. Le palper abdominal, très douloureux, délimite une tumeur arrondie, du volume d'un œuf, remontant à gauche et située à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au toucher, le col est refoulé derrière le pubis,

par une tumeur dure, arrondie, située en arrière et mobile avec la saillie abdominale. Annexes paraissent saines.

Diagnostic.

C'est un fibrome très volumineux, interstitiel, développé dans la paroi postérieure de l'utérus et descendant dans l'épaisseur de la lèvre postérieure, mais il n'a pas une tendance à saillir du côté de la cavité utérine et le col n'est pas dilaté (fig. 39).

Indications opératoires.

La localisation de la masse fibreuse, sa régularité approximative, sa mobilisation et l'absence de lésions annexielles, sont autant de raisons qui font tenter l'énucléation vaginale par hystérotomie bicommissurale.

Opération.

A la Salpêtrière, le 3 décembre 1898, par P. Segond, avec l'assistance de Bigeard et Claisse.

Chloroformisation.

Incision bilatérale du col complètement fermé et dont alors les deux lèvres antérieure et postérieure sont saisies par deux pinces à traction et forment valves : la tumeur bombe entre elles et apparaît nettement.

Le tissu du fibrome est mis à nu par une incision et le morcellement est commencé et pratiqué dans les conditions habituelles, au moyen du tire-bouchon et du couteau à double tranchant.

Avec le dernier fragment du fibrome vient la paroi utérine qui s'inverse : le morceau du fibrome est détaché et l'inversion réduite.

Il ne reste plus qu'une grande cavité formée par la paroi utérine, avec, surajoutée en avant, la tumeur adjacente au fibrome constatée avant l'opération : c'est le corps même de l'utérus, ainsi que le montre l'hystéromètre qui pénètre dans le canal utérin correspondant à cette masse, canal indépendant de la cavité qui remplissait le fibrome.

L'examen de la loge fibreuse déshabillée et de la cavité montre qu'il n'existe plus de fibrome, il n'y a donc pas lieu de pratiquer une hystérectomie.

On tamponne la cavité utérine avec 5 mèches (4 stérilisées, 1 iodoformée), et 2 mèches sont placées dans le vagin. Les deux incisions du col ne sont pas recousues.

Le fibrome a été morcelé en 14 fragments dont l'ensemble pèse 1 200 grammes.

Suites opératoires.

Très simples : très peu de douleurs, suintement insignifiant, très bon état général. La température monte à 38° tous les soirs, sans autres symptômes fébriles.

Ablation des mèches le 8 décembre, c'est-à-dire 5 jours après : lavage de la cavité avec du sérum.

On replace une mèche iodoformée.

Du 10 au 17 décembre, pansement utérin tous les deux jours.

Le 17 décembre, l'utérus est revenu à son volume normal : on ne met plus de mèches, c'est-à-dire 14 jours après l'opération.

Le 28 décembre, l'utérus a repris complètement son volume normal : la cavité utérine ne mesure plus que 7 centimètres.

Les dernières règles attendues vers le 22 ne sont pas apparues : quelques douleurs seulement ce jour-là, pendant quelques heures.

La malade sort en excellent état le 1^{er} janvier 1899, c'est-à-dire 28 jours après l'opération.

Elle a été revue par Segond au milieu de l'année 1900, c'est-à-dire un an et demi après l'hystérotomie.

Remarques.

Plusieurs détails sont à relever :

1° *Au point de vue symptomatique*, voici un fibrome considérable qui a déterminé des troubles de compression accentués (rétention d'urine pendant 8 jours et constipation opiniâtre), des douleurs vives et prolongées (indice également de compression), des ménorrhagies : et il n'y a pas eu besoin d'une ablation totale de l'utérus pour faire cesser tous ces phénomènes : l'énucléation par hystérotomie a donné à ce point de vue un très beau résultat, d'autant plus qu'il s'agit d'une femme jeune encore (33 ans).

2° *Au point de vue opératoire*, il y a eu inversion utérine : il est à noter qu'elle s'est produite à la fin de l'énucléation, alors que la paroi utérine n'est plus soutenue et qu'on tire sur le dernier fragment adhérent encore à la coque ; il est à remarquer que cette inversion est facile à réduire en raison de l'incision bicommissurale.

3° *Au point de vue des suites opératoires*, on voit qu'il faut enlever les mèches de tamponnement de la loge fibreuse beaucoup plus tôt quand il y a une légère élévation de température, mêmes sans autres symptômes, alors qu'habituellement le premier pansement est fait 8, 10 jours après l'opération.

4° *Quant au résultat* : la malade a bénéficié d'un état excellent, pendant un an et demi, sans qu'il y ait menace de récurrence ; elle a eu tous les avantages de l'hystérectomie sans en courir les risques.

OBSERVATION XIV

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure de l'utérus, ayant le volume de deux poings. Inversion utérine totale opératoire. Mort. (Cette observation a été prêtée à notre collègue Fresson pour son mémoire sur l'inversion utérine).

M^{me} A..., 30 ans environ, opérée à Neuilly, le 30 décembre 1898.

Passé clinique.

C'est surtout un passé hémorrhagique datant de loin, chez une femme qui, entre autres tares pathologiques, avait eu plusieurs atteintes de paludisme.

Examen clinique.

L'état général : est gravement atteint ; la malade est très anémiée par ses pertes, et son cachectisme se double d'accès paludéens.

Au point de vue local : le toucher bimanuel fait constater une masse très volumineuse, dure, mobilisable cependant, dans le Douglas et développée vrai-

semblablement dans la paroi postérieure de l'utérus : elle remonte au-dessus du pubis. Le col utérin est fermé : les annexes paraissent saines.

Diagnostic.

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus, gros comme les deux poings réunis environ (fig. 40).

Indications opératoires.

Les indications de l'hystérotomie bicervicale sont ici : la régularité de la

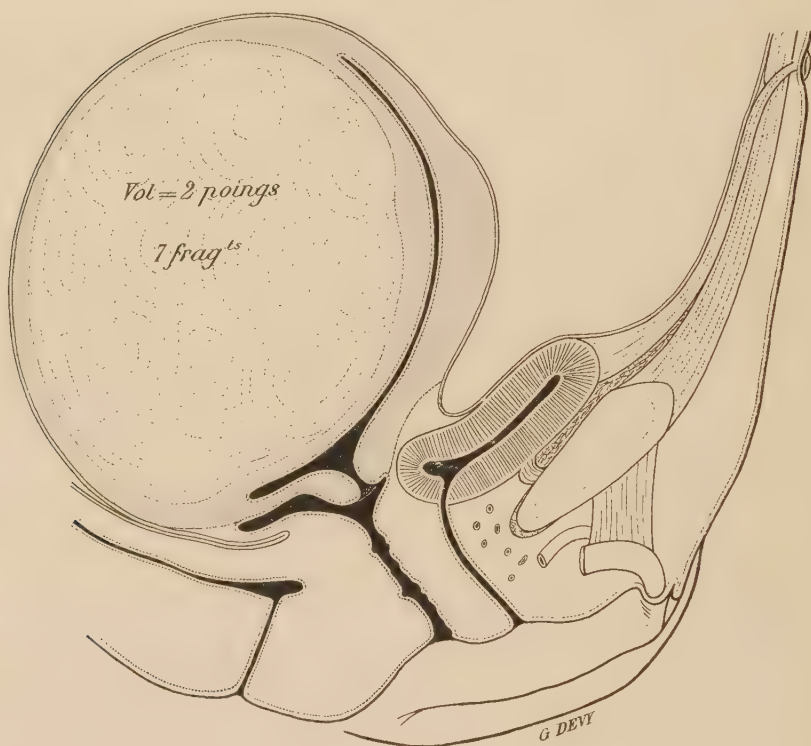


FIG. 40 (Obs. XIV).

masse, la situation précisée du fibrome probablement solitaire, la mobilisation possible de l'utérus, l'absence de lésions annexielles.

Opération.

A Neuilly, le 30 décembre 1898, par P. Segond, avec l'assistance de Claisse et Bigeard.

Anesthésie chloroformique.

Hystérotomie bicommissurale du col. Morcellement au tire-bouchon et au

couteau bitranchant comme de coutume. La tumeur est extraite en 7 fragments. Au moment de l'ablation du dernier morceau encore adhérent à la coque utérine, une inversion utérine totale se produit, mais on la réduit facilement et on tamponne la cavité.

Comme autre particularité de l'opération, on est obligé de laisser sur l'utérine droite une pince à demeure pour pratiquer l'hémostase, après avoir enlevé les mèches déjà mises. Le premier tamponnement ayant été insuffisant, il a fallu le renouveler et assurer l'hémostase, d'où une perte de temps de 20 minutes. L'opération a duré une heure en tout.

Les 7 fragments de la tumeur constituent une masse qui a le volume de deux poings réunis, comme on l'avait jugé approximativement au diagnostic.

Suites opératoires.

Les suites opératoires ont été fort simples tout d'abord. La pince à demeure sur l'utérine droite a été enlevée au bout de 24 heures.

Mais vers le huitième jour, la malade a été prise d'accès fébriles mal déterminés : la fièvre montait chaque soir à 38°, 38,5, ou même 39° s'accompagnant d'une céphalalgie intense avec état nauséux et affaiblissement progressif : il n'y a jamais eu aucun signe de réaction péritonéale ou troubles du côté des annexes ou de la cavité utérine.

La malade s'affaiblit de plus en plus et meurt 3 semaines après l'intervention.

Remarques.

Au point de vue opératoire, cette intervention a été quelque peu troublée par l'hémorragie, qui a nécessité le renouvellement immédiat du tamponnement intra-utérin et loculaire, ce qui a prolongé l'acte opératoire. Mais il ne s'agit pas là d'une complication bien grave par elle-même, puisqu'on a pu y remédier extemporanément.

La malade est morte, mais au bout de 3 semaines seulement, et n'ayant commencé à présenter des symptômes inquiétants qu'après les 8 premiers jours pendant lesquels elle avait été très bien, et n'ayant jamais eu de réaction péritonéale, annexielle ou utérine. Il semble donc, dès l'abord, difficile d'attribuer la mort à une infection septicémique plus ou moins tardive et à point de départ utérin.

D'un autre côté, la malade était paludéenne : s'agit-il alors d'un réveil paludique assez intense chez une malade anémiée, cachectisée déjà, ayant subi un traumatisme opératoire et une longue intervention, pour provoquer une terminaison fatale ? On ne saurait l'affirmer.

Malgré l'étiquette de paludisme, peut-être est-ce, malgré tout, une infection à développement tardif et à allure torpide. Second ne fit pas lui-même les pansements consécutifs et omit la recommandation de ne pas retirer les mèches de tamponnement trop tôt sans les remplacer avant que la loge n'ait subi sa presque régression complète. Cet oubli est peut-être la cause des phénomènes septicémiques, si tant est qu'il y ait eu infection. Toujours est-il que cet exemple doit donner l'enseignement suivant : nécessité absolue de pratiquer des pansements très soigneux à la suite d'une opération qui est relativement très peu grave, et de ne pas laisser l'utérus débourré, abandonné à lui-même, avant d'avoir constaté son involution.

OBSERVATION XV

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la partie latérale droite de l'utérus, pesant 600 grammes. Guérison.

M^{me} C..., 37 ans, opérée, rue de la Santé, le 17 avril 1899.

Passé clinique.

1^{re} règles à l'âge de 12 ans et demi ; très régulières, assez abondantes, mais douloureuses depuis. Pas de fausses couches. Une seule grossesse terminée par accouchement spontané à terme en 1881.

En 1884, c'est-à-dire il y a quinze ans, cette malade ressentit pour la première fois des malaises caractérisés par de la pesanteur dans le bas-ventre, et eut des pertes blanc-jaunâtres épaisses. Néanmoins, comme son état général était excellent, elle n'y prit point garde et ne se fit pas soigner.

En 1894, il y a 5 ans environ, les douleurs revêtirent une acuité plus grande, les pertes blanc-jaunâtres augmentèrent, la malade consulta alors un médecin qui lui fit pendant 7 à 8 mois des pansements (ovules, tampons, etc.) et lui conseilla des injections. Il n'y eut pas d'amélioration dans son état, et, comme d'autre part les règles étaient devenues de véritables ménorrhagies, on lui fit un curettage utérin, puis une série de séances d'électrisation.

Ces deux modes de traitement n'amenèrent aucun soulagement réel, et la malade continua de souffrir et d'avoir des ménorrhagies en même temps que le ventre commençait à grossir. Un fibrome avait été diagnostiqué. De plus, elle fit trois cures thermales à Salins (Jura), cures qui lui avaient été conseillées, à la suite de son curettage, pour des douleurs articulaires subaiguës siégeant au niveau des deux articulations du genou et dans les pieds.

Dans ces derniers mois, les douleurs, les pertes, la tumeur augmentent : la malade a de plus de la constipation opiniâtre, des troubles de la miction caractérisés par de la dysurie et de la pollakiurie.

Examen clinique.

État général : c'est une femme arthritique et obèse, affaiblie par des pertes, souffrant de phénomènes de compression (douleurs, constipation, dysurie).

Examen local : au toucher bimanuel utérus gros, dur, globuleux, plus développé à droite, mobile, pas de lésions annexielles. L'hystérométrie, pratiquée au moment de l'opération, a donné 15 c. 1/2 de cavité utérine.

Diagnostic.

Fibrome interstitiel de l'utérus, probablement unique.

Indications opératoires.

Régularité de l'utérus, unicité probable du fibrome, absence de lésions tubo-ovariennes, doivent faire tenter l'énucléation par hystérotomie bicommissurale.

Opération.

Le 17 avril 1899, par P. Segond, avec l'assistance de Claisse et Dartigues. Hystérotomie cervico-vaginale bilatérale.

Morcellement et énucléation, comme d'habitude, avec le tire-bouchon et le couteau à double tranchant.

L'opération a été assez laborieuse et a donné pas mal de sang, mais enfin on est parvenu à l'extirpation totale d'un fibrome situé dans la partie latérale

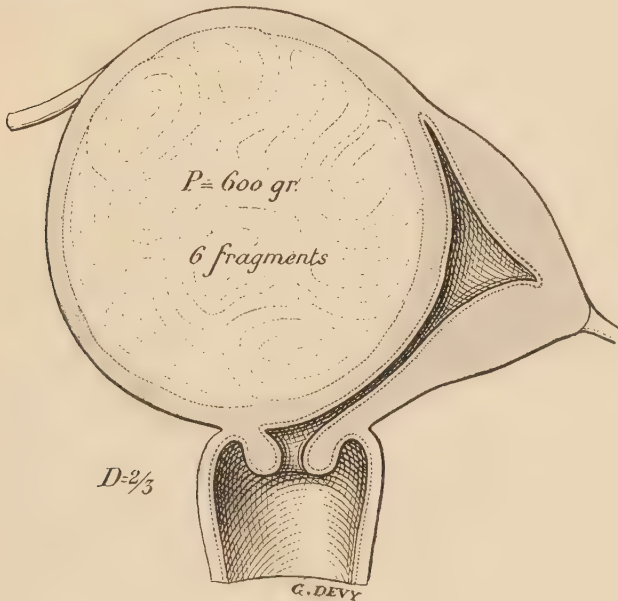


FIG. 41 (Obs. XV).

droite de l'utérus, en 6 morceaux dont l'ensemble pèse 600 grammes. C'était un myome pur, d'aspect charnu, couleur rouge-brun (fig. 41).

On bourre, avec des lanières de gaze stérilisée et une de gaze iodoformée, la cavité utérine à gauche et en haut, la loge déshabillée à gauche.

Pas de suture des incisions cervicales.

Suites opératoires.

Normales, apyrétiques. 1^{er} pansement le 10^e jour, 2^e pansement le 16^e jour.

La malade se lève le 19^e jour et sort juste un mois après l'intervention.

Elle a été revue en décembre 1900, c'est-à-dire 20 mois après l'hystérotomie en très bonne santé, très bien réglée.

Remarques.

L'opération a été un peu laborieuse et sanglante, malgré cela, il est remarquable de voir combien les suites n'ont pas été troublées et combien rares et espacés ont été les pansements. Le résultat est assez éloigné pour lui accorder une véritable valeur.

OBSERVATION XVI

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un très gros fibrome développé dans la paroi postérieure de l'utérus, pesant 1 kilogramme. Guérison.

M^{me} R..., âgée de ans, opérée le 10 mai 1899, rue de la Santé.

Passé clinique.

Cette malade a eu 3 grossesses à terme.

Il y a 15 ans environ, douleurs abdominales et lombaires avec pertes leucorrhéiques, diagnostiquées névralgie du col. Le repos et les injections guérissent la malade.

Au voisinage de la ménopause, troubles nerveux très accentués, véritables phobies qui font craindre pour l'état psychique de cette femme. Traitement hydrothérapique prolongé fait tout rentrer dans l'ordre. Au point de vue utérin alors, rien.

En 1897, il y a 2 ans et demi, nouvelles douleurs hypogastriques, supportables d'ailleurs et apparition de quelques pertes rouges, plutôt teintées que vraiment sanglantes. Le médecin de la malade diagnostique un fibrome dont il évalue la grosseur à une tête fœtale de 7 mois : le médecin conseille à ce moment l'abstention opératoire, comptant sur les effets de la ménopause.

En juillet 1897, les douleurs s'accroissent, les pertes deviennent sanieuses mais pas très rouges, puis amaigrissement, pâleur, marche pénible.

En septembre 1897, pertes devenues fétides, sont un mélange de pus, de sérosité louche et de sang ; l'utérus est régulier, et remonte à 4 ou 5 travers de doigt, au-dessus du pubis ; le col est mou, et à travers, le doigt sent une tumeur en voie d'élimination.

Quelques jours après, la malade expulse ce polype en allant à la selle : le toucher utérin constate que le col utérin s'est refermé complètement.

Le 12 septembre, dilatation nouvelle du col pour l'expulsion de deux autres polypes accessibles au doigt mais qui ne se détachent pas : derrière eux se fait une rétention purulente que le doigt a évacuée.

Jusqu'au 25 septembre, extraction quotidienne par le médecin de plusieurs polypes.

A ce moment, Segond voit la malade, dilate l'utérus aux bougies de Hegar sans sectionner le col, enlève à la pince, au doigt et à la curette une masse de polypes fibreux putréfiés, lave et tamponne la cavité utérine.

A la suite de cette intervention, amélioration rapide et complète, cessation des pertes : la malade se porte très bien pendant 18 mois environ.

Mais en février 1899, les pertes réapparaissent, et quelques jours après se montrent de nouvelles masses polypeuses, que le médecin de la malade extrait en partie, tout en pensant qu'elles masquent probablement la présence d'un gros fibrome.

Examen clinique.

État général : altéré par les pertes nouvelles et des symptômes d'infection utérine.

État local : très gros utérus dépassant de plusieurs travers de doigts la symphyse pubienne, mais assez régulier et mobile. Pas de lésions annexielles appréciables.

Diagnostic.

Très gros fibrome développé dans la paroi postérieure de l'utérus (fig. 42).

Indications opératoires.

Malgré le volume du bloc utéro-fibreux, sa régularité, sa mobilité, plus la

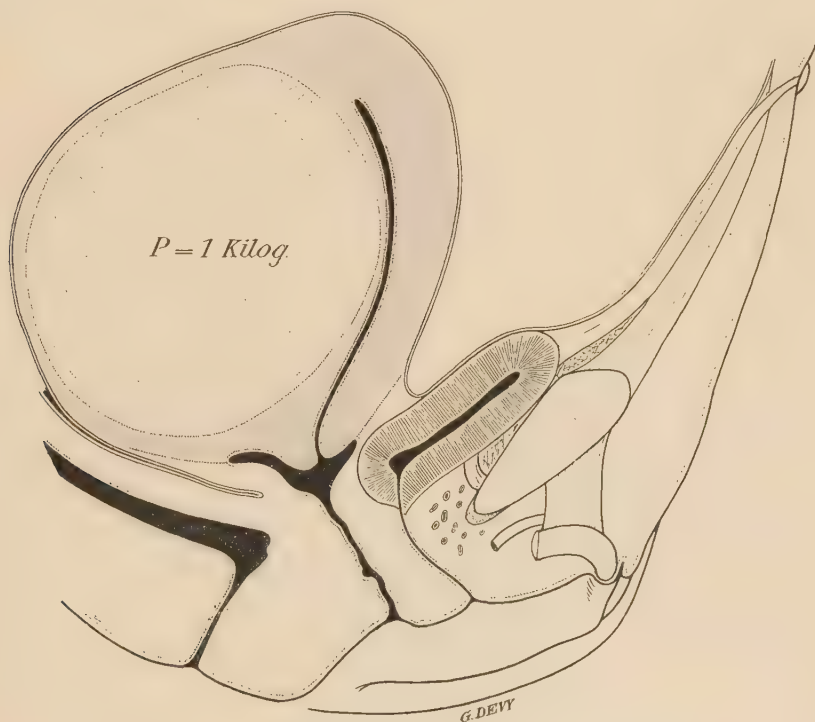


FIG. 42 (Obs. XVI).

localisation du fibrome et l'absence de lésions annexielles font opter Segond pour l'énucléation avec morcellement par hystérotomie cervico-vaginale.

Opération.

Le 10 mai 1899, par Segond, avec l'assistance de Dartigues et Durrieux. Chloroformisation.

Hystérotomie cervico-vaginale bilatérale haute; réduction du segment inférieur de l'utérus en deux valves antérieure et postérieure soulevées et écartées par des pinces de Museux.

Prise du fibrome faisant saillie en arrière au moyen du tire-bouchon. Morcellement avec le couteau à double tranchant. Manœuvres habituelles.

Extirpation à la fin par décortication et énucléation des morceaux encore adhérents.

La cavité utérine et la loge du fibrome sont tamponnées avec des mèches stérilisées et une iodoformée.

Les fragments réunis, débités par le morcellement, donnent une tumeur pesant 1 kilogramme.

Suites opératoires.

Suites excellentes, apyrétiques. Le premier pansement est fait seulement le 10^e jour : ce n'est qu'alors que les mèches sont renouvelées.

La malade a été revue par Segond le 4 décembre 1900, c'est-à-dire un an et demi après l'opération, en parfait état : utérus revenu sur lui-même, plus de pertes, etc.

Remarques.

L'histoire de cette malade est curieuse à plusieurs points de vue :

Au point de vue clinique, d'abord : il est à remarquer qu'elle a expulsé, pendant de longs mois et d'une façon successive, une série de polypes, qui ont nécessité à plusieurs reprises le déblaiement de l'utérus. Ce processus polypoïde n'a d'ailleurs pas été sans complication d'infection et de purulence de l'utérus, aussi la malade se présentait-elle à l'opération dans des conditions plutôt défavorables.

Au point de vue opératoire, ensuite : il n'est pas inutile de noter, ce qui n'est pas très rare, que la présence de polypes dans l'utérus est parfois indice d'autres tumeurs fibreuses mais alors interstitielles et non plus polypiformes. Ce cas montre bien que les polypes peuvent être avant-coureurs du fibrome pariétal, et que s'en tenir à leur seule ablation serait rester en deçà de l'obligation opératoire. Les opérateurs qui admettent la polypectomie vaginale et se refusent à l'énucléation vaginale, préférant la voie abdominale ont tort, car dans un cas mixte comme celui-ci, ils feraient la polypectomie vaginale seulement et seraient incomplets, ou bien ils y ajouteraient l'énucléation abdominale, ce qui nous semble un non-sens quand on a la possibilité de tout exécuter par la même voie vaginale.

OBSERVATION XVII

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure du corps de l'utérus, pesant 805 grammes. Inversion utérine opératoire. Guérison. (Cette observation a été prêtée à notre collègue Fresson pour son mémoire sur l'inversion utérine.)

M^{me} D..., 43 ans, opérée le 22 juillet 1899, rue de la Santé.

Passé clinique.

Pas de grossesses, pas de fausses couches.

Rien de particulier du côté de la menstruation.

Actuellement, elle n'a pas de pertes leucorrhéiques; elle n'a pas éprouvé de douleurs; elle ne présente aucun phénomène de compression.

Son affection ne s'est caractérisée que dans ces derniers temps et par deux pertes métrorrhagiques abondantes qui se sont produites à six mois d'intervalle.

Examen clinique.

État général : n'est pas atteint sérieusement. La malade a simplement le ventre un peu volumineux.

Examen local : le vagin est assez étroit : il s'agit d'une femme qui n'a pas eu d'enfants.

Le col utérin est presque effacé, difficile même à déterminer.

On trouve une masse dure, régulièrement arrondie, remplissant le cul-de-sac postérieur qu'elle efface et étendue un peu plus du côté droit.

Cette tumeur qui remplit la cavité pelvienne, remonte au-dessus du pubis,

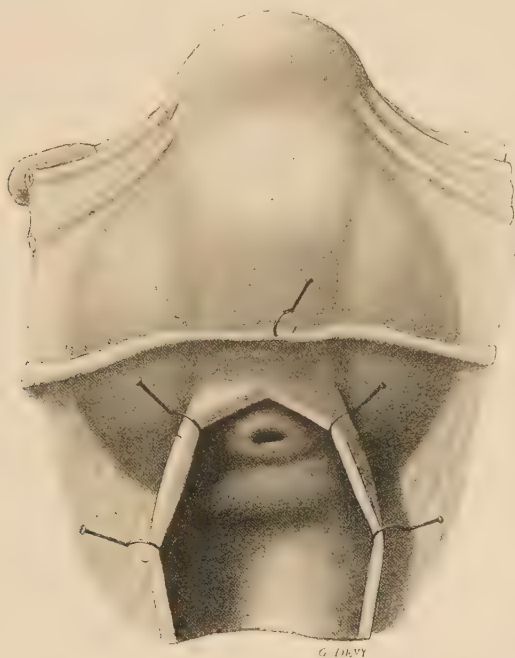


FIG. 43 (Obs. XVII).

Le vagin est fendu sur sa paroi antérieure de façon à laisser apercevoir le relief du fibrome de la paroi postérieure de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas.

mais s'étend en hauteur surtout du côté droit de l'abdomen et paraît remonter jusqu'au niveau de l'ombilic. Elle forme bloc et se mobilise en totalité : le doigt appuyé sur le col reçoit les mouvements transmis par la main abdominale.

Le fond de l'utérus, coiffe la tumeur en calotte. Rien du côté des annexes (fig. 43).

L'hystéromètre pénètre *tout entier*, en s'inclinant à droite : il y a certainement plus de 13 centimètres de cavité utérine.

Diagnostic.

Il s'agit d'un fibrome interstitiel développé dans la partie postéro-latérale gauche du corps utérin.

Indications opératoires.

La situation du fibrome, sa forme régulièrement arrondie, son état solitaire, l'abaissement possible de l'utérus grâce à sa mobilité, l'absence de lésions annexielles, montrent que l'énucléation vaginale par hystérotomie est tout indiquée.

Opération.

Le 22 juillet 1899, par P. Segond, avec l'assistance de Dartigues et Durrieux.

Pas de curettage préliminaire, inutile d'ailleurs, car la cavité utérine est si irrégulière, si profonde, qu'il pourrait être dangereux ou, en tout cas, risquerait d'être incomplet. Du reste, il est très probable que l'on n'aura pas à ouvrir la cavité abdominale.

1° Section au bistouri de chaque commissure, sur une profondeur de 3 centimètres environ. Cette section s'étend davantage en dedans, c'est-à-dire du côté de la cavité utérine que du côté du vagin ;

2° Exploration digitale de la cavité utérine et de la périphérie du fibrome faisant relief, montrant nettement la topographie du néoplasme telle qu'elle avait été précisée par l'examen clinique ;

3° Application du tire-bouchon et ensuite morcellement conoïde du fibrome au moyen du couteau à double tranchant de Segond ;

4° Quand une partie de l'utérus a été vidée pour ainsi dire, que le fibrome a diminué de volume par suite du travail de morcellement, on abandonne le tire-bouchon comme instrument de prise et on se sert de pinces à abaissement à 2 et 3 dents, en même temps qu'on continue le morcellement, tantôt avec le couteau à double tranchant, tantôt avec les longs ciseaux à hystérectomie courbes. Cette manière de faire est moins dangereuse quand on approche de la fin de l'opération, car à ce moment le couteau est plus périlleux.

Quand l'utérus peut, au courant de l'opération, comme ici, s'abaisser suffisamment, les deux lèvres de l'utérus écartées servent de valves, et on peut se passer de celles-ci, au moins d'une, la supérieure ; la valve inférieure est nécessaire le plus souvent, car elle contient le périnée qui tend à se redresser. Il est vrai que chez cette malade la fourchette vulvaire est intacte et n'a pas été évasée par des accouchements antérieurs.

Quand tout le fibrome a été énucléé, le fond de l'utérus *inversé* a fait son apparition. Dans le soupçon que c'est la paroi utérine, et non un restant de fibrome, Segond prend légèrement ce fonds utérin avec une pince, s'assure que c'est bien l'utérus et le réduit. Cette distinction serait dans le cas de myome pur assez difficile, la couleur et la consistance de cette variété histologique de néoplasme avec celles de l'utérus n'ont guère de différence. Il est vrai que le toucher bimanuel, combiné avec le cathétérisme vésical trancherait la question. En tout cas faudrait-il y apporter, si possible, encore plus de prudence.

On explore ensuite au doigt la cavité utérine. On perçoit une loge déshabitée par le fibrome énucléé, et du côté droit, un épaissement de la paroi utérine que l'on eût pu confondre avec un autre fibrome et qui n'est autre

chose que le fond utérin disposé en calotte, comme nous l'avons décrit à l'examen physique.

5° Bourrage de la cavité utérine et de la loge fibreuse par des mèches ourlées iodoformées et stérilisées. Pas de sutures des commissures du col incisées au début de l'opération. Tamponnement du vagin.

Très peu de sang perdu, incomparablement moins que dans une hystérectomie abdominale totale.

La tumeur (fig. 44), qui pèse 805 grammes, a été débitée par le morcelle-

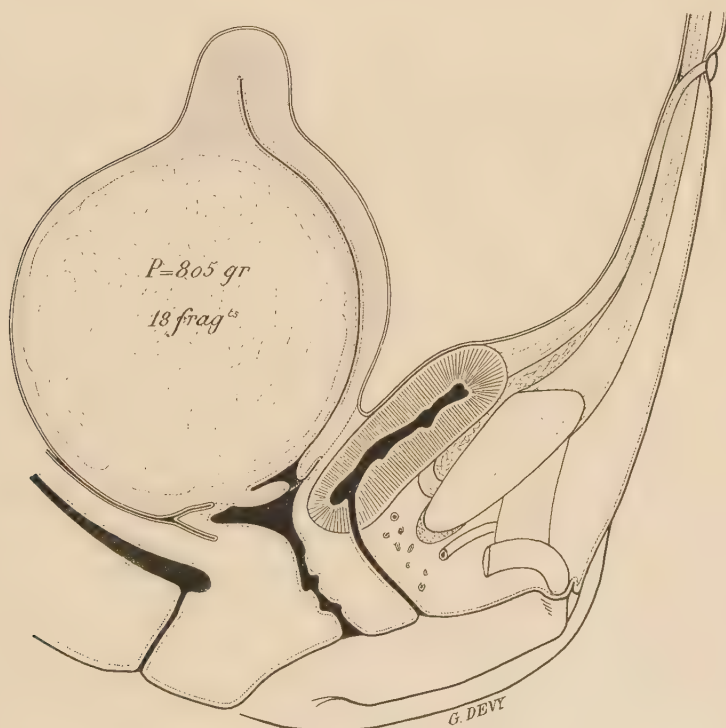


FIG. 44 (Obs. XVII).

ment en 18 fragments inégaux, les derniers venus étant les plus gros, ce qui se comprend, car le fibrome une fois réduit de volume permet au doigt une action plus efficace et une possibilité de trouver un plan de clivage : alors le restant de la tumeur se désenclave avec facilité parfois.

Suites opératoires.

Absolument apyrétiques. Aussi, les mèches ne sont-elles enlevées que le 10^e jour, où l'on renouvelle le pansement. Bientôt après, la malade est mise aux simples injections vaginales chaudes.

Premières règles après l'opération : 33 jours après l'hystérotomie ; elles sont un peu abondantes mais pas douloureuses. Deuxièmes règles : le 20 septembre, absolument normales ; pas de douleurs, Le 30 septembre 1899, c'est-à-dire

deux mois et huit jours après l'intervention, Segond revoit la malade et constate par le toucher que l'utérus est entièrement revenu sur lui-même, non douloureux, mobile : il existe seulement deux encoches au niveau des sutures du col ; les culs-de-sac sont souples ; l'état général est excellent.

Remarques.

Cette observation est surtout intéressante au point de vue opératoire, et d'autant plus que nous avons noté avec minutie les moindres détails de l'intervention immédiatement après, de telle sorte qu'elle peut être considérée comme typique du manuel opératoire à suivre dans l'hystérotomie bicervicale.

Bien que nous ayons insisté au fur et à mesure sur les diverses particularités, nous allons les synoptiser pour ainsi dire dans ce petit paragraphe :

1° Le curettage préliminaire n'était pas possible complet, vu la direction du canal utérin imprimée par la tumeur : il est impossible à la curette de suivre une courbe aussi accentuée ;

2° A la fin du morcellement et de l'énucléation, la prudence conseille de substituer les pinces dentées au tire-bouchon, et les ciseaux courbes au couteau tranchant pour éviter un traumatisme perforant la paroi utérine ;

3° Cette observation montre, lorsque l'utérus est facilement abaissable, qu'on peut opérer sans écarteurs, à la vulve, en surface et sous l'œil ;

4° Il y a eu ici inversion utérine opératoire, facilement réductible de par l'incision commissurale. Quant à discuter le moyen de la diagnostiquer, comme on l'a fait il y a encore peu de temps, par la constatation de la sensibilité du muscle utérin opposée à l'insensibilité du fibrome, c'est purement illusoire, puisque la malade est anesthésiée. D'ailleurs les signes physiques fournis par le toucher et le cathétérisme vésical seront suffisants. Il faut seulement être averti de cet incident et de ne pas trancher à la hâte sur tout ce qui se présente de bosselé au niveau de l'utérus ;

5° Une fois la loge fibreuse évacuée, comme elle ne revient pas tout de suite ou complètement sur elle-même, que par conséquent le muscle du corps utérin qui coiffait la tumeur fait saillie sphérique, il ne faudra pas croire trop facilement à l'existence d'un autre fibrome, qui n'est que l'utérus ;

6° L'incision bicommissurale, comme le prouve ce cas, peut être abandonnée à elle-même sans suture après l'intervention, quand la section n'a pas été très hémorragique. Le processus de coaptation se fait aussi bien.

OBSERVATION XVIII

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel de 400 grammes environ, développé dans la paroi antérieure de l'utérus, chez une femme antérieurement laparotomisée pour rupture de grossesse extra-utérine. Guérison. (Cette observation a été publiée par nous et le D^r Lea (de Manchester) dans le *Medical chronicle* : The enucleation of interstitial Fibromyomata by cervico-vaginal hysterotomy, by Louis Dartigues. Manchester 1900, may, 3rd series. Vol. 3, n° 2, p. 90.)

L'opération de l'hystérotomie a été pratiquée le 22 novembre 1899.

Cette observation comprend deux parties qui correspondent à deux phases

très distinctes de l'histoire pathologique de cette maladie, ou plus explicitement à deux événements très autonomes survenus dans son passé gynécologique. Il s'agit donc d'une double observation concernant la même malade qui a été opérée deux fois pour des affections très dissemblables quoique intéressant la sphère génitale.

Première observation.

Elle a été publiée déjà dans le remarquable rapport de notre maître Segond sur le traitement des grossesses extra-utérines au Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pædiatrie tenu à Marseille en octobre 1898. La voici résumée :

Passé clinique.

M^{me} X..., 33 ans, confiée à Segond par le professeur Pinard.

Femme n'ayant jamais eu d'accouchements ni de fausses couches. Bonne santé générale et menstruation régulière jusqu'en 1898.

Une nuit, elle est prise subitement, d'une façon cataclysmique pour ainsi dire, d'une douleur abdominale violente avec phénomènes syncopaux, enfin tous les signes d'une inondation sanguine intra-péritonéale.

La malade est vue 48 heures après par le professeur Pinard, puis par Segond, pour lesquels le diagnostic ne laisse aucun doute sur une grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. L'intervention urgente est acceptée et on la pratique presque immédiatement.

A ce moment, la malade est dans un état d'anémie aiguë, elle a des syncopes répétées, le ventre est ballonné, mais il n'y a pas de matité sus-pubienne.

Opération.

La laparotomie est pratiquée (avril 1898) par Segond, qui trouve le ventre plein de sang liquide : il n'y a pas de caillots.

Segond explore les annexes et voit, à gauche, la trompe rompue qui saigne : il pince immédiatement le pédicule utéro-ovarien avec les doigts, puis applique une ligature solide.

Les annexes opposées sont laissées en place, puis le péritoine est détergé avec de grosses éponges de tout le sang qui s'y était déversé (3 litres environ, y compris les liquides d'exsudation).

Le ventre est refermé avec drainage sus-pubien.

Guérison sans incident. Retour à une santé parfaite.

Deuxième observation.

Passé clinique.

Depuis sa précédente laparotomie pour grossesse extra-utérine rompue, la malade se porte fort bien pendant 9 mois, c'est-à-dire d'avril à décembre 1898.

A la fin de décembre 1898, les règles deviennent plus abondantes. Il n'y a pas de pertes blanches pendant ni dans l'intervalle des menstrues.

Le 15 mars 1899, c'est-à-dire 2 mois et demi après que les règles ont commencé à prendre ce caractère de plus grande abondance, le professeur Pinard voit la malade, pratique le toucher et trouve un utérus simplement gros sans autre particularité.

A partir de cette époque (deuxième moitié du mois de mars jusqu'à

l'époque actuelle : 22 novembre 1899), c'est-à-dire pendant 8 mois, la malade étant suivie et examinée de temps à autre, possède un utérus qui augmente rapidement et beaucoup de volume.

Pendant cette période de 8 mois, elle n'a pas de métrorrhagies, mais des ménorrhagies qui durent 10 et 15 jours, marquées par des pertes accompagnées de caillots considérables, quelques-uns gros comme le poing. Pendant les 5 jours les plus marqués de ces périodes ménorrhagiques, elle a des tendances synco-pales accusées. Dans le mois, elle passe 10 jours en excellent état de santé et sans perte aucune.

Pendant ces ménorrhagies, elle n'éprouve aucune douleur abdominale; elle n'a pas de pesanteur ni de tiraillements lombaires; les fonctions digestives restent excellentes : elle est simplement fatiguée par l'abondance des pertes. Les fonctions rectales et urinaires sont normales. Il n'y a pas de phénomènes de compression. Mais depuis le mois d'août 1898, le sommet du poulmon droit apparaît douteux : l'inspiration est rude, l'expiration souflante et saccadée. La malade n'a jamais eu toutefois d'hémoptysies.

Depuis sa première opération, la malade portait docilement sa ceinture abdominale.

Pendant le plus fort des ménorrhagies, on lui fait suivre le traitement ordinaire : repos, injections très chaudes à 48°, hamamelis, etc., qui ne l'améliorent pas.

Examen clinique.

État général : encore bon, quoique la malade soit faible; les urines sont normales, il n'y a pas de phénomènes de compression. Les ménorrhagies et leur abondance croissantes résument tout le mal.

Examen local : le toucher bimanuel fait reconnaître un utérus globuleux, volumineux et mobile. Le col est sain et non entr'ouvert; aucun empatement dans le cul-de-sac latéral gauche. On se rappelle que les annexes gauches ont été enlevées dans la précédente opération. Les annexes droites sont saines.

Diagnostic.

La forme régulièrement globuleuse du corps utérin, sa consistance uniforme, la convexité marquée de sa paroi antérieure, l'élévation de son fond à quatre travers de doigt au-dessus du pubis font attribuer les pertes à un fibrome interstitiel probablement unique de la paroi antérieure (fig. 43).

Indications opératoires.

Les hémorrhagies devenues très abondantes, l'augmentation progressive et rapide du volume de l'utérus, quelques doutes sur l'intégrité des sommets du poulmon, le retentissement sur l'état général sont autant de raisons pour intervenir sans retard, mais autant de raisons aussi pour préférer l'énucléation à l'hystérectomie.

Opération.

Pratiquée le 22 novembre 1899 par Segond, avec l'assistance de Dartigues et Durrieux, en présence du professeur Pinard et du D^r Darras.

Chloroforme.

L'utérus étant suffisamment abaissable, dans le cas présent on a pas eu besoin de se servir des écarteurs vaginaux :

1° Préhension des lèvres du col avec une pince pour chacune d'elles. L'hystéromètre introduit, dénote très nettement un ressaut caractéristique qui correspond bien au fibrome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus ;

2° Incision, aux ciseaux droits de la commissure droite du col tout d'abord qui permet l'introduction du doigt. Il n'a pas été nécessaire de faire une dilatation préalable et cette discision unilatérale du col suffit à l'exploration qui confirme la présence du fibrome ;

3° On complète alors du côté gauche l'incision du col, qu'on réduit ainsi à deux valves cervicales tenues l'une et l'autre par deux pinces de traction de

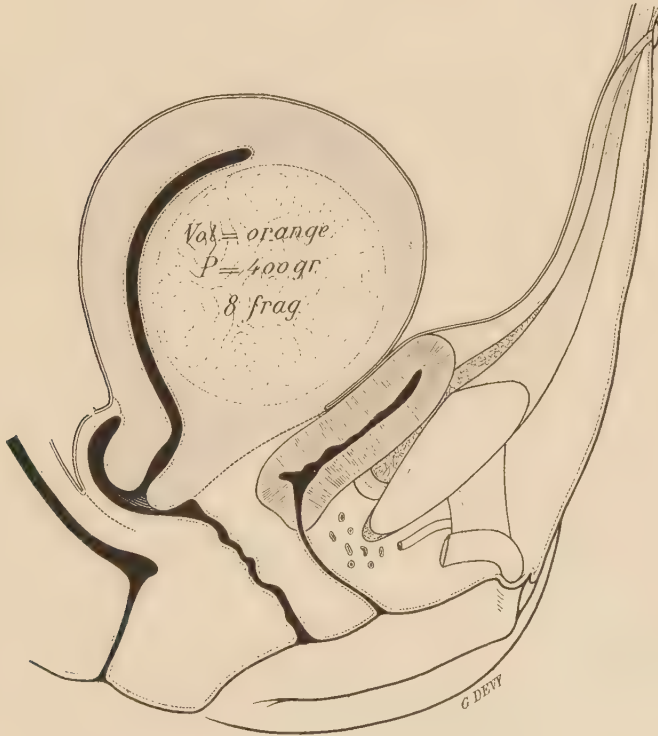


Fig. 45 (Obs. XVIII).

Museux, et que l'on éverse l'une en haut, l'autre en bas. La saillie du fibrome vient s'offrir alors très nettement à la vue et son tissu propre est mis à nu en déchirant avec le doigt, sa coque musculo-muqueuse ;

4° Les commissures hautement incisées et un peu plus du côté de la cavité utérine, saignent un peu à droite dans l'angle d'incision. Il ne s'agit pas de l'artère utérine elle-même, mais de deux de ses branches collatérales. On y pose deux pinces hémostatiques longues de Kocher (modèle de Segond pour l'hystérectomie) et l'on commence le morcellement du fibrome.

5° Le tire-bouchon employé par Segond et qui est de toute importance pour pratiquer cette intervention, ayant été malheureusement oublié dans l'instru-

mentation, force est de se contenter des pinces à traction. Heureusement que le fibrome est dur, aussi l'opération s'exécute-t-elle assez facilement malgré l'absence du tire-bouchon. Avec le couteau à double tranchant de Segond, en quelques gros fragments on parvient à retirer tout le fibrome. Il y a un plan de clivage dû à la capsule du fibrome qui facilite la besogne. Dans ces manœuvres de morcellement l'utérus ne saigne pas ;

6° On pratique alors le toucher bimanuel, ici : intra-utérin, abdominal, pour se rendre compte de la situation de l'utérus, de l'épaisseur de la paroi d'où le fibrome a été extrait. On sent une loge déshabillée, résultant de l'excavation laissée libre par le fibrome désenclavé.

Il ne se produit pas d'inversion utérine au cours de ces manœuvres opératoires ;

7° Avec de grosses éponges largement imbibées de solution de sublimé on lave la cavité utérine, que l'on assèche ensuite rapidement avec d'autres éponges, puis on introduit une longue mèche à hystérectomie ourlée et iodoformée et une autre simplement aseptique ;

8° Suture des commissures du col incisées au début de l'opération, par 3 points au fort catgut à droite et 3 points à gauche ;

Les 2 pinces hémostatiques placées au début sur les commissures qui saignaient ont été d'abord enlevées : il n'y a pas eu besoin de ligatures : la suture de la commissure cervicale de ce côté en a fait d'ailleurs office ;

9° Bourrage du vagin avec des mèches. Sérum artificiel immédiatement après l'intervention ;

Le volume du fibrome avait celui d'une orange. La tumeur a été enlevée en 8 fragments dont 3 assez volumineux. Elle pesait environ 400 grammes.

Suites opératoires.

Absolument apyrétiques.

Le tamponnement est enlevé le 8^e jour et remplacé après irrigation de la cavité utérine avec de l'eau alcoolisée par une simple mèche non tassée.

Ablation de cette mèche trois jours après et simples injections vaginales quotidiennes ensuite.

M^{me} X... a repris son existence au bout de 3 semaines.

Un mois après son opération, la régression utérine était complète.

Segond l'a revue fin janvier 1899 en parfait état. Elle a eu deux fois ses règles sans douleurs et chaque fois avec une durée normale.

Elle a été revue de nouveau par notre maître en décembre 1900, c'est-à-dire un an après l'énucléation, en excellente santé.

Remarques.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

1° *Au point de vue du passé gynécologique* de cette malade, elle attire l'attention sur le fait très fréquent de l'absence de grossesse coïncidant avec la présence d'un fibrome qui apparaît comme cause d'infécondité ou tout au moins de fécondation ou de grossesse anormales. Chez notre malade pour la première et unique fois qu'elle est enceinte, on voit que c'est du fait d'une grossesse extra-utérine ;

2° *Au point de vue de l'évolution du fibrome et du diagnostic*, bien que nous pensions que le fibrome existait avant la laparotomie d'urgence pratiquée par

Second pour la rupture tubaire, mais fibrome si minime qu'il est passé inaperçu à l'ouverture du ventre inondé de sang, ce qui nécessitait une intervention rapide, allant au plus pressé et négligeant une exploration plus complète du moment qu'il fallait seulement obvier au péril, on ne peut s'empêcher d'être frappé par l'évolution très rapide de ce fibrome qui, en peu de temps, s'est marqué par une augmentation progressive et considérable de volume et par des ménorrhagies abondantes, ce qui avait pu faire penser au professeur Pinard à l'existence d'un sarcome de l'utérus;

3° *Au point de vue opératoire*, nous insistons sur ce fait : que l'utérus a très peu saigné, qu'il n'y a pas eu d'inversion après l'ablation du fibrome, et que malgré l'absence du tire-bouillon, pourtant si utile d'ordinaire, les manœuvres de morcellement ont été relativement faciles à cause de la dureté du fibrome qui permettait la prise aux simples pinces à traction.

L'opération n'a pas été laborieuse, et le principal mérite du chirurgien dans cette circonstance, a consisté dans l'habileté de son doigté qui a permis de dissocier les sensations différentes données par le fibrome utérin et le muscle utérin, et dans l'appréciation de l'épaisseur de la paroi utérine d'où le fibrome a été extrait.

Bref, il s'agit là d'un exemple très net des grands avantages que peut donner l'ancienne opération d'Amussat, pratiquée d'après le manuel opératoire conseillé par Segond.

OBSERVATION XIX

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi antérieure et latérale droite de l'utérus, pesant 980 grammes. Guérison.

M^{me} P..., de Roumanie, 35 ans, opérée le 22 décembre 1899.

Passé clinique.

Réglée à 14 ans, et depuis régulièrement. Mariée depuis 11 ans. Nullipare.

En 1891, la malade a commencé à souffrir des reins et du bas-ventre; pertes blanches assez abondantes. Le médecin que la malade consulte, trouve une métrite et conseille un curettage, ou à défaut du curettage une cure à Franzensbad. Après cette cure, même état; et les pertes blanches deviennent sanguinolentes.

En 1893, la malade consulte de nouveau un médecin à Bucarest : celui-ci constate une métrite avec utérus abaissé et fibromateux; il conseille le traitement par l'eau chaude.

En 1896, la malade se trouvant à Vienne, consulte le Dr Chrobach, qui constate la présence d'un fibrome et conseille une opération avec suppression de l'organe. La malade s'y refuse et fait de nouveau une saison d'eaux.

En 1897, l'année d'après, toujours à cause de ses douleurs dans la région lombaire et à l'hypogastre, elle retourne à Vienne et consulte le professeur

Schauta. Schauta confirme le précédent diagnostic et insiste sur la nécessité d'une hystérectomie vaginale. La malade ne consent pas.

En janvier 1899, la malade est prise brusquement de fortes douleurs dans le ventre, lesquelles durent 8 jours; on les combat par des vésicatoires et des injections chaudes.

C'est à partir de cette époque que la malade commence à souffrir notablement de la vessie : difficulté très grande pour uriner; n'urine que par gouttes et plutôt dans la station debout.

A partir de juin 1899, les règles deviennent profuses, avec caillots.

En juillet, août et septembre 1899, les règles durent 15 jours.

En octobre 1899, durée des règles : 1 mois. On combat la métrorrhagie par des injections d'ergotine et le repos au lit.

La malade consulte le Dr Jonnesco, de Bucarest, qui propose l'hystérectomie abdominale.

En novembre 1899, les règles prennent les caractères d'une métrorrhagie persistante, la malade part pour Paris.

En passant par Munich, la malade s'y arrête et consulte encore le professeur Winkel qui, lui aussi, conseille une opération immédiate et se prononce pour l'hystérectomie vaginale.

Le même conseil est encore donné à Paris, par le Dr J.-L. Championnière. Le professeur Terrier se prononce pour l'hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Le 15 décembre 1899, le Dr M^{me} Boyer, qui a eu la grande obligeance de nous donner les renseignements nécessaires pour résumer ce passé clinique, voit la malade dont les pertes n'ont pas cessé depuis le mois de novembre et qui se plaint toujours beaucoup de la vessie. Elle conseille l'intervention et adresse la malade au Dr Segond.

Examen clinique.

État général : fortement touché par des pertes hémorragiques, datant de plusieurs années, répétées, profuses, anémiantes, par des douleurs au niveau de l'hypogastre et de la région lombaire; la malade a eu vraisemblablement une poussée péritonitique pelvienne, et finit par avoir une miction dysurique et pollakiurique.

Examen local : on perçoit un utérus abaissé, mais volumineux, augmenté considérablement au niveau de la paroi antérieure et latérale droite, comprimant la vessie en la refoulant en avant. Il n'y a pas d'annexite appréciable.

Diagnostic.

Le diagnostic de fibrome est absolument certifié depuis 4 ans environ par diverses sommités chirurgicales. Actuellement, on se trouve en présence d'un fibrome interstitiel considérable, paraissant solitaire et localisé dans la paroi antéro-latérale droite de l'utérus saillant en avant et déterminant des troubles de compression vésicale (fig. 46).

Indications opératoires.

L'état général de la malade est trop affaibli pour supporter, avec le plus grand nombre de chances possibles, une opération mutilatrice totale. D'autre part, le fibrome est nettement localisé, paraît accessible, semble solitaire, et l'utérus est mobile : il y a lieu de tenter l'extirpation du fibrome sans enlever l'utérus, et ce, par hystérotomie cervico-vaginale.

Opération.

Le 22 décembre 1899, par Segond, avec l'assistance de Dartigues et Durrieux en présence du D^r M^{me} Boyer. Chloroforme. Hystérotomie cervico-bicommissurale. Attaque du fibrome avec le tire-bouchon et le couteau à double tranchant.

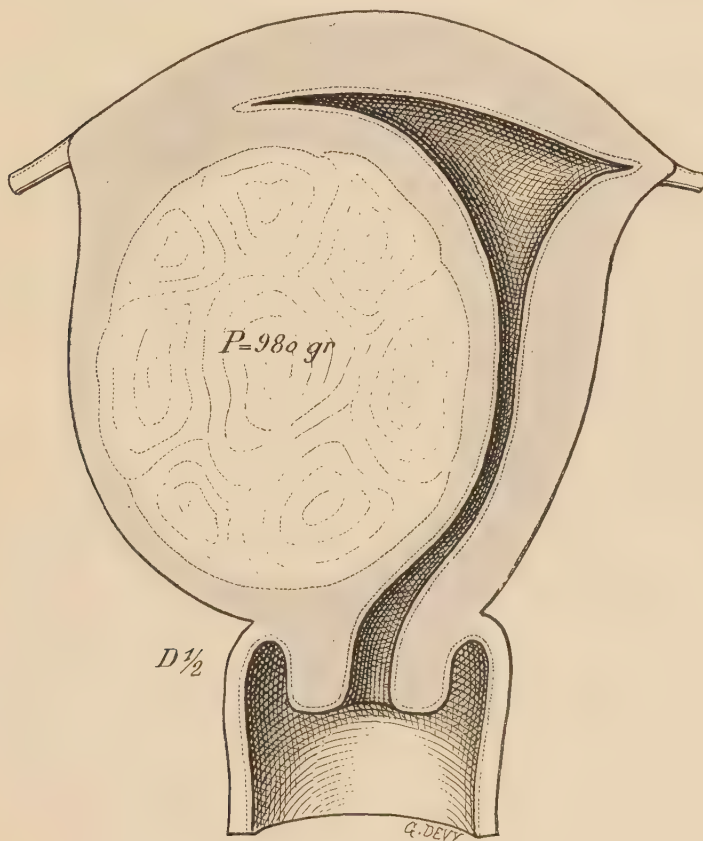


FIG. 46 (Obs. XIX).

Le morcellement et l'énucléation donnent lieu à un certain nombre de fragments fibreux qui, réunis, forment un bloc pesant 980 grammes.

Lavage de la loge fibreuse évacuée au moyen d'éponges montées, imbibées de solution de sublimé forte et assèchement soigneux. Bourrage de sa cavité ainsi que de celle de l'utérus par 5 mèches de gaze, dont 4 stérilisées simplement, 1 iodoformée.

Réparation des incisions commissurales du col par quelques points au fort catgut.

Suites opératoires.

Pendant les 3 premiers jours, se manifeste une légère ascension de la température vespérale mais pas inquiétante, le 4^e jour cependant la température

atteint 38° pour baisser et disparaître les jours suivants. D'ailleurs l'état général est bon malgré cela.

Le 6^e jour, les mèches sont enlevées, et la malade pansée pour la première fois.

Le 9^e jour, 2^e pansement, pendant lequel on enlève les gros fils de catgut non résorbés.

La malade se lève le 21^e jour, et sort de la maison de santé le 20 janvier 1900, guérie, bien portante, au bout de 29 jours par conséquent.

Trois mois après l'opération, la malade quitte Paris, mais pendant le voyage survient une hémorrhagie qui dure une quinzaine de jours, puis cesse pendant une deuxième quinzaine pour recommencer pendant 3 semaines sous forme d'écoulement peu abondant mais continu. La malade, qui donne de ses nouvelles à ce moment, déclare cependant son état satisfaisant : elle ne souffre plus, n'a plus de phénomènes de compression vésicale qui, auparavant, étaient extrêmement intenses.

Depuis cette époque, vers juin dernier, il y a eu une alerte annexielle gauche qui avait les allures d'un hématosalpinx. Sous l'influence du repos puis d'une saison à Plombières, tout s'est amélioré. Actuellement (février 1901) M^{me} X. est en bon état et elle est très contente de sa santé.

Remarques.

Cette observation est intéressante surtout au point de vue de l'histoire symptomatique de la malade qui, depuis 8 ans, a des pertes progressivement abondantes et devenues vers la fin presque continues, qui depuis 4 ans a son fibrome diagnostiqué, qui depuis un an a des troubles compressifs localisés aboutissant à une dysurie très marquée. Elle parcourt en une sorte d'odyssée européenne les capitales où, pour ne parler que des chirurgiens, elle consulte Schrobach et Schauta (de Vienne), Jonnesco (de Bucarest), Winckel (de Munich), Championnière, Terrier (de Paris), puis enfin Segond. Sur ces chirurgiens, 3 sont pour l'hystérectomie abdominale totale ou sub-totale, 3 autres pour l'hystérectomie vaginale, un seul, notre maître Segond, se prononce pour la chirurgie conservatrice.

En somme, cette malade a évité une opération grave, une opération mutilante, et grâce à l'énucléation par voie vaginale et par hystérotomie, elle a recouvré sa santé.

OBSERVATION XX

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale, d'un fibrome interstitiel développé dans le bord droit de l'utérus, pesant 25 grammes, avec polypectomie vaginale complémentaire pour un petit polype fibreux implanté sur le fond de l'utérus et pesant 20 grammes. Guérison.

M^{me} G..., 35 ans, opérée le 6 mars 1900.

Passé clinique.

Réglée à 11 ans et demi.

Jamais de grossesse ni de fausse couche.

A l'âge de 29 ans, c'est-à-dire il y a 6 ans, les ménorrhagies ont débuté.

A l'âge de 34 ans, c'est-à-dire il y a un an, non seulement des ménorrhagies, mais des métrorrhagies apparaissent.

Depuis 2 ans, ces pertes de sang s'effectuent avec émission de gros caillots.

Depuis 2 mois environ, la malade est tout le temps « dans le sang ». Pas de pertes blanches.

Examen clinique.

État général : la malade est arrivée au suprême degré d'anémie, elle est presque exsangue; faiblesse extrême.

L'examen local montre un utérus remontant quelque peu au-dessus du pubis, mobile à la palpation bimanuelle; sa surface est arrondie, lisse, régulière, si ce n'est à droite et en arrière. On pourrait croire à une grosse annexite collée au flanc droit de l'utérus. Mais, la masse sentie dans le cul-de-sac droit, arrondie et dure, se mobilisant avec l'utérus, semble bien appartenir à ce dernier et faire corps avec lui. On ne sent rien du côté des annexes gauches.

La tumeur saillant à droite paraît située à la partie moyenne du bord droit de l'utérus, par conséquent le fond de cet organe la dépasse.

L'hystérométrie donne 10 centimètres de cavité utérine.

Diagnostic.

Il s'agit, vu le passé clinique de la malade très épuisée par de longues et abondantes métrorrhagies, vu aussi l'examen physique, d'un fibrome interstitiel inclus dans le bord droit de l'utérus, plutôt que d'une annexite. Ce diagnostic s'est trouvé justifié à l'opération, mais il n'a pas prévu le polype du fond utérin que l'on a ensuite découvert.

Indications opératoires.

La localisation nette, l'unicité du fibrome, la mobilité de l'utérus avec des annexes gauches apparemment saines, doivent faire tenter l'énucléation du fibrome avec conservation utéro-annexielle. Toutefois, la nature un peu douteuse de la bosselure droite fait craindre que l'hystérectomie vaginale ne soit, en fin de compte, nécessaire.

Opération.

Le 6 mars 1900, rue de la Santé, par Segond, avec l'assistance de Fresson, Font-Réaulx et Dartigues, en présence du professeur Pinard.

Dilatation de l'utérus aux bougies de Hegar. Curettage préliminaire. Incision bicommissurale du col comme d'habitude.

Le tire-bouchon est appliqué sur le fibrome en avant et à droite, c'est-à-dire un peu sur la paroi antérieure de l'utérus. Un coup de couteau à deux tranchants est donné dans le fibrome, qui de ce fait s'allonge; la traction sur le tire-bouchon entraîne le fibrome tout entier gros comme un œuf environ, sans qu'il y ait eu besoin de le morceler. Il y a une capsule très nette et une loge pariétale résultant de cette énucléation.

A côté de cette loge déshabillée par le néoplasme, on sent très bien la filière du canal utérin indépendant. Le doigt y est introduit : on sent une autre petite masse; c'est un polype fibreux inséré au fond de l'utérus. On le harponne avec une pince à deux dents. Cette prise à la pince aide à placer ensuite le

tire-bouchon sur ce polype que l'on peut même apercevoir facilement, et que l'on enlève d'un bloc sans morcellement.

Pendant toutes ces manœuvres, l'utérus a très peu saigné.

Une mèche de gaze iodoformée est placée dans la cavité utérine et tassée jusqu'au fond. Avec la même mèche, qui est longue, on comble la cavité qui résulte de l'ablation du fibrome interstitiel latéral.

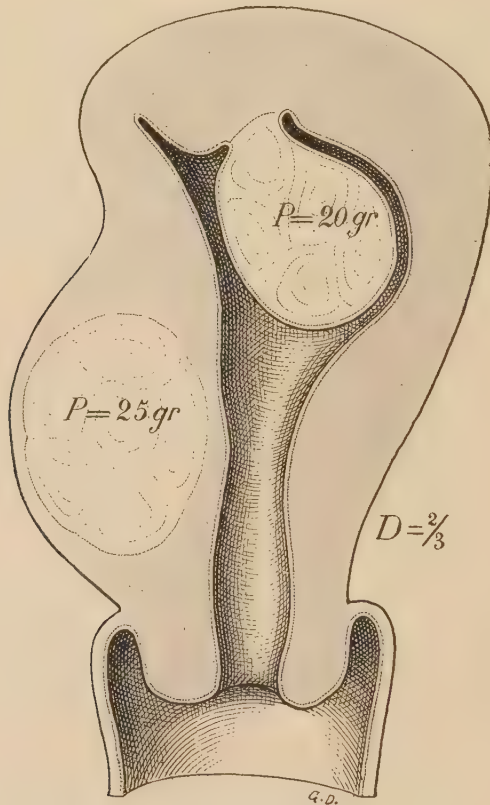


FIG. 47 (Obs. XX).

On termine par la suture, avec l'aiguille de Reverdin et du gros catgut, des commissures cervicales (fig. 47).

Donc deux tumeurs fibreuses :

Le fibrome interstitiel énucléé qui est la plus grosse, a un grand diamètre de $4\frac{3}{4}$, un petit diamètre de 4 centimètres et une épaisseur de 3 centimètres. Il pèse 25 grammes.

Le polype fibreux inséré au fond de l'utérus a un grand diamètre de 3 centimètres et pèse 20 grammes.

Suites opératoires.

Le premier pansement a été fait le neuvième jour après l'opération. Il a

consisté à enlever les mèches vaginales et l'unique mèche intra-utérine. L'utérus est si bien revenu sur lui-même que Segond n'a pas jugé utile de remettre de nouvelles mèches.

Dès ce moment, il prescrit simplement trois injections vaginales par jour.

Durant les suites opératoires, ni fièvre, ni le moindre incident.

La malade vient d'avoir ses règles (29 mars), normales comme quantité et non douloureuses : elles ont duré 3 jours.

La malade quitte le couvent de la rue de la Santé, le 29 mars 1900, bien portante, 23 jours après son opération. Actuellement (mars 1901) elle est en parfait état de santé et sa menstruation est régulière.

Remarques.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

1° Elle montre : que l'on ne peut toujours affirmer, avant d'intervenir, que l'hystérotomie bicervico-vaginale est absolument possible ; que les indications sont parfois hésitantes, et que n'étant pas optimiste dans le cas particulier, craignant de falloir recourir à l'opération, plus radicale, de l'hystérectomie vaginale, on peut être assez heureux pour que l'essai de l'énucléation soit suivi d'un succès dont on doutait. En un mot, nous voulons dire qu'il faut le plus souvent possible tenter l'hystérotomie, bien que les conditions qui la permettent paraissent défectueuses de prime abord.

Quand on n'est pas bien certain de mener à bien l'hystérotomie avec énucléation, il n'est pas inutile de faire, ainsi qu'il en a été dans ce cas, un curettage préalable, comme Segond a l'habitude de faire avant toute hystérectomie.

2° L'opération a montré, que malgré un cathétérisme de la cavité utérine, malgré un curettage préliminaire, un polype n'a été décelé que lorsque l'utérus hystérotomisé a permis l'exploration digitale.

Elle a montré également que l'énucléation pouvait extraire un fibrome d'une seule pièce, même déjà d'un certain volume, sans fragmentation, et qu'un simple tour de spire au couteau, sans détacher de morceau, pouvait amener l'allongement du fibrome, par conséquent son amoindrissement et sa plus facile sortie de la paroi où il était inclus.

Dans ce cas, la coque utérine restante après l'énucléation du fibrome interstitiel était fort mince du côté du ligament large correspondant. Une petite effraction produite à ce niveau aurait eu des chances de ne donner accès que sur le tissu cellulaire intra-ligamentaire et non dans la séreuse péritonéale, d'où danger en somme bien restreint et bien négligeable, de telle sorte que, même avec cet incident, l'hystérotomie bicervico-vaginale n'en restait pas moins une bonne opération quant à son résultat. Cette considération rappelle les cas d'éclatement de l'utérus sur un de ses bords, où la rupture donne entre les deux feuillets ligamentaires larges, et qui ne furent suivis d'aucune complication.

Dans cette hystérotomie, nous avons dit, qu'à un moment, Segond avait saisi le fibrome avec une pince qui a servi ainsi d'amarre et a permis l'application plus sûre et plus facile du tire-bouchon. Cette petite manœuvre que nous avons vu faire à notre maître pour la première fois à l'occasion de ce cas, est à retenir, car elle peut être utile pour l'application du tire-bouchon sur des fibromes haut situés, difficilement accessibles, ou qui ont tendance à fuir sous l'instru-

ment : la pince saisit et *abaisse* la tumeur, le tire-bouchon *fixe* et ne lâche plus la prise.

Nous ferons remarquer que la mèche intra-utérine a été introduite avant de suturer les commissures du col. Cela a une certaine importance, car la mèche de gaze sera d'abord plus facilement introduite, mieux tassée dans les recoins et surtout dans la loge déshabitée du fibrome, tout cela sous l'œil pour ainsi dire, de telle sorte que l'on est certain, en pratiquant de cette façon, de ne laisser aucun espace mort où l'hémorrhagie peut s'accumuler au-dessus du pansement intra-utérin, où du sang peut stagner et favoriser l'infection.

3° Au point de vue des résultats et des suites opératoires de ce cas d'hystérotomie, on voit qu'il n'a que des avantages. Il ne faut pas oublier, en effet, que nous avons affaire à une malade encore jeune (35 ans), encore éloignée de la ménopause : et elle a conservé son utérus et ses annexes, ce dont tiendront certainement compte les opothérapeutes. Il faut penser que cette malade était profondément anémiée par des métrorrhagies datant déjà de longtemps : son état presque exsangue nous a même frappé au moment où elle était sur la table d'opération ; elle était donc en état d'infériorité opératoire, ayant peu de sang à perdre et en facile réceptivité d'infection ; l'hystérotomie bicervico-vaginale avec énucléation lui a fait perdre le minimum de sang possible et n'a nécessité que des manœuvres extra-péritonéales. Il faut noter encore l'époque tardive du premier pansement, que ce pansement n'a pas eu besoin d'être renouvelé, que les soins consécutifs ont été des plus simplistes et n'ont pas exigé la présence du médecin. Il faut remarquer enfin combien a été rapide la subinvolution utérine, déjà accomplie le neuvième jour, et comment la réapparition menstruelle a été régulière dès le vingtième jour après l'opération.

En somme, opération courte, ayant offert à une malade fort épuisée le minimum de dangers, le minimum de soins consécutifs, par conséquent un repos post-opératoire de plusieurs jours tout à fait propice à la guérison, ayant de plus évité la castration utéro-ovarienne, répondant ainsi à l'idéal opératoire : intervention à la fois radicale et conservatrice.

OBSERVATION XXI

Énucléation et morcellement, par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale, d'un fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus, pesant 540 grammes. Inversion utérine opératoire.

Guérison. (Cette observation a été prêtée à notre collègue Fresson pour son mémoire sur l'inversion utérine.)

M^{me} C... Louise, ménagère, 37 ans, opérée à la Salpêtrière.

Passé clinique.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans le ventre, s'irradiant dans la région lombaire et les cuisses.

A l'âge de 22 ans, elle a eu une grossesse. L'accouchement fut fort pénible ; on fit une application de forceps ; elle eut, paraît-il, à cette occasion, une fracture du pubis (!).

C'est à cet accouchement que remontent ses douleurs abdominales; cette malade souffre donc depuis 15 ans.

Depuis sa grossesse, elle est réglée régulièrement, mais les règles sont douloureuses et peu abondantes.

Elle n'a jamais eu de pertes de sang dans l'intervalle des règles.

Depuis 2 ans, elle s'aperçoit que son ventre grossit progressivement.

Elle a, depuis cette époque également, de l'incontinence d'urine vraie pendant la nuit.

Le ventre est surtout douloureux du côté gauche.

Examen clinique.

État général : malgré les douleurs et l'augmentation du volume du ventre est cependant resté bon.

État local : Au palper abdominal, on sent du côté gauche une masse volumineuse, bosselée, dure, du volume d'une tête de fœtus environ.

Le toucher bimanuel, pratiqué sous chloroforme, au moment de l'opération, nous a montré un utérus gros comme les deux poings réunis et mobile, le col petit et repoussé en avant. De plus, on sentait une masse accolée à l'utérus paraissant fixée à droite et surtout en arrière : cette masse était mobilisable en même temps que l'utérus. Annexes saines.

Diagnostic.

Il s'agit d'un gros fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus : le fond de celui-ci coiffe à droite, en calotte, le sommet de la tumeur (fig. 48).

Indications opératoires.

La régularité approximative du fibrome, son unicité probable ; la mobilité de l'utérus ; l'indemnité des annexes, font tenter l'hystérotomie et l'énucléation.

Opération.

Le 10 mars 1900, par P. Segond, avec l'assistance de Fresson, Font-Réaulx et Dartigues.

L'hystérométrie, pratiquée au début de l'opération, donne 15 centimètres 1/2 de cavité utérine.

Incision bicommissurale du col très profonde, vraiment cervico-vaginale. A ce moment, l'utérus saigne beaucoup surtout au niveau de la commissure droite. Deux longues pinces de Kocher, modèle Segond, sont alors posées sur les commissures dont elles font l'hémostase.

Ensuite, commencement d'énucléation du fibrome, qui se fait par gros fragments. Au début, le tire-bouchon dérape, le pôle inférieur de la tumeur, c'est-à-dire la partie qui est tout d'abord accessible, étant de consistance molle : on peut croire à un sarcome, mais à mesure que l'énucléation se poursuit, le tissu est plus résistant et donne plus de prise. Pour effectuer celle-ci, Segond s'aide de pinces à préhension dentées qui retiennent le néoplasme et permettent l'application plus facile du tire-bouchon.

Quand l'énucléation est assez avancée, que le morcellement a créé pour ainsi dire une carrière dans le fibrome, quand le plan de clivage capsulaire est trouvé, on peut introduire alors des valves unicoudées de Péan dans l'utérus lui-même : elles écartent fort bien les parois utérines, glissées qu'elles sont entre ces dernières et le fibrome plus aisément accessible au doigt et à l'œil.

A ce moment, une pince de Kocher est posée sur l'anse d'une des artères utérines visible très nettement et pouvant être saisie entre le pouce et l'index.

On poursuit ensuite, les valves de Péan étant toujours dans l'utérus et non dans le vagin, la décortication des dernières parties du fibrome avec l'ongle du pouce et avec l'index, sans jamais s'aider même des ciseaux courbes.

Dans cette dernière manœuvre, par les tiraillements nécessités, à cause du volume encore considérable de la partie restant adhérente du fibrome, une

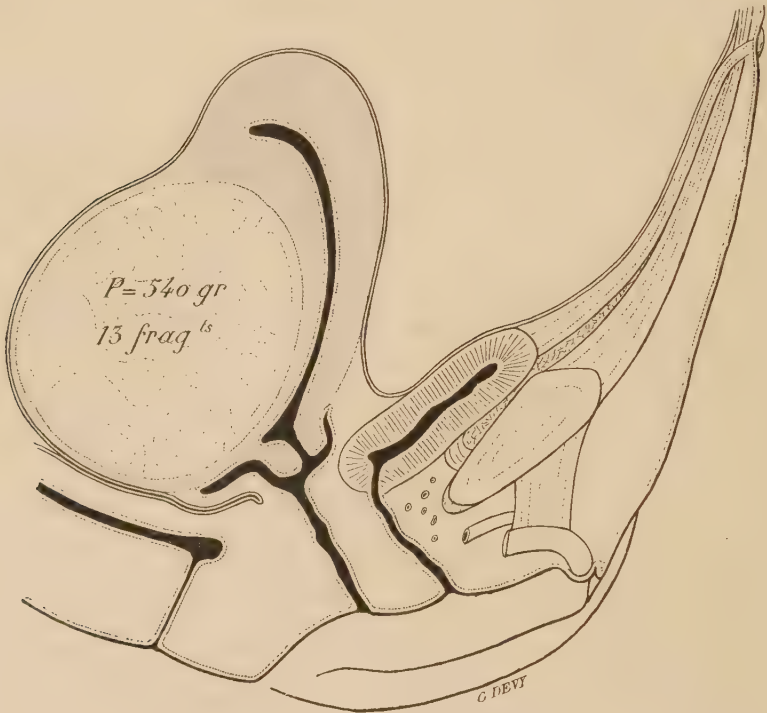


FIG. 48 (Obs. XXI).

inversion totale de l'utérus se produit. On peut s'apercevoir alors que l'énucléation effectuée, la coque utérine est très mince en arrière, tandis que la paroi antérieure de l'utérus a conservé toute son épaisseur.

Le fibrome enlevé, on lave la cavité utérine retournée en doigt de gant avec une solution de sublimé, puis abondamment avec du sérum artificiel.

Bien que totale, l'inversion de l'utérus a d'ailleurs tendance à se réduire spontanément dans le cas présent.

Alors, sur la convexité du fond éversé on place une mèche iodoformée ourlée : puis on réduit l'inversion et on tamponne tout à la fois, en même temps qu'on laisse aller les pinces à préhension placées sur les lèvres du col au début de l'opération : cela permet à l'utérus de se réduire plus facilement. (Cette manœuvre est bien connue des accoucheurs dans la réduction de

l'inversion utérine : il ne faut pas tirer sur les pinces qui fixent le col utérin : elles empêcheraient la réduction.)

Après le tamponnement avec les premières mèches de gaze intra-utérines, l'utérus saigne abondamment au niveau de la commissure droite du col : on met deux pinces de Kocher (modèle de Segond) qui arrêtent l'hémorrhagie.

Douze mèches, dont une de gaze iodoformée, tamponnent l'utérus. En introduisant les mèches une à une, on fait attention de ne pas entraîner complètement dans la cavité utérine celles déjà placées en poussant sur la dernière. Il ne faut pas qu'aucune mèche de gaze soit *perdue* dans l'utérus : toutes doivent par une de leurs extrémités ressortir par l'orifice utérin et rester accessibles aux pinces à pansement : elles seront ainsi plus faciles à retirer et surtout on ne risquera pas ainsi d'en oublier dans l'utérus aux pansements consécutifs.

Les pinces de Kocher, placées dans les commissures qui saignaient, sont laissées en place et retirées au bout de 48 heures.

Segond n'a pas terminé par la suture habituelle des commissures au catgut.

L'opération a duré 40 minutes.

Le poids de la tumeur enlevée est de 540 grammes.

Le morcellement s'est effectué en 13 fragments.

Suites opératoires.

Les pinces de Kocher, qui ont été laissées en place exceptionnellement, ont été enlevées au bout de 48 heures.

Le lendemain de cette ablation, c'est-à-dire le 3^e jour, les douze mèches intra-utérines sont enlevées, et dans ce premier pansement, on ne remet que deux mèches propres dans l'utérus, après l'avoir lavé avec une irrigation d'eau camphrée et d'eau oxygénée. Le 6^e jour après l'opération on fait un deuxième pansement consistant en : ablation des 2 mèches intra-utérines, grand lavage camphré et mise en place d'une unique mèche intra-utérine.

Le 8^e jour, troisième et dernier pansement : grand lavage à l'eau camphrée et une mèche laissée pendant 8 jours.

Le 16^e jour, plus de pansement intra-utérin ; on ne fait plus dès lors que des injections vaginales.

24 jours après l'opération, moment où cette observation est rédigée, la malade n'a pas eu encore ses règles.

Elle sort de l'hôpital le 9 avril 1900.

Remarques.

Cette observation nous intéresse principalement au point de vue opératoire. Nous avons suffisamment insisté sur certains détails, mais nous ne retiendrons que ceux-ci pour résumer :

1^o L'incision bicommissurale peut être poussée très loin : d'abord vers le cul-de-sac vaginal latéral correspondant, de sorte qu'elle mérite bien, dans ce cas, son nom d'hystérotomie *cervico-vaginale* ; puis vers l'isthme et au delà, de sorte que l'utérus peut être divisé au point d'être bivalve, et que la base du ligament large est ouverte et l'utérine accessible et visible. Des pinces de Kocher longues seraient facilement maîtresses d'une hémorrhagie, si elle se manifestait comme ici.

2° La mollesse de la tumeur dans une de ses parties peut, ce qui n'a pas lieu d'habitude, ne pas donner prise au tire-bouchon qui dérape.

3° La pince à traction dentée saisissant et amarrant le fibrome, le maintient fixe et permet l'implantation plus facile du tire-bouchon dans certains cas.

4° Les valves angulaires et plates de Péan peuvent être, comme ici, introduites dans l'utérus lui-même, insinuées dans le plan de clivagé, et être ainsi protectrices des parois utérines dans les manœuvres consécutives de morcellement.

5° Ici, il y a eu inversion totale opératoire de l'utérus et comme toujours cette inversion n'a eu que des avantages. Elle a simplifié l'intervention et permis de constater *de visu* l'intégrité de la coque utérine.

6° Il n'y a pas eu de suture des commissures cervicales, et des pinces à demeure pendant 48 heures ont assuré l'hémostase comme dans l'hystérectomie.

7° *Douze mèches* ont servi à tamponner les cavités utérine et fibreuse : elles ont été enlevées et remplacées par 2 *mèches* seulement trois jours après : cette constatation montre mieux que quoi que ce soit l'involution rapide de l'utérus après sa délivrance fibreuse.

OBSERVATION XXII

Énucléation et morcellement, par hystérotomie cervico-vaginale unilatérale droite, d'un énorme fibrome utérin développé dans le ligament large droit, pesant 850 grammes. Guérison.

M^{me} V..., opérée le 3 avril 1900 au couvent des Augustines.

Passé clinique.

Réglée à 11 ans, et depuis, régulièrement toutes les 3 semaines, les règles durent 6 à 10 jours et sont abondantes.

Mariée à 19 ans. 5 grossesses, terminées, les 4 premières, par des accouchements à terme, sauf la dernière, terminée à 7 mois environ : 1^{er} accouchement en 1879, le 3^e en 1886.

Il y a 3 ans, a commencé à souffrir dans le ventre et la région lombaire : ménorrhagies au moment des règles. Pas de traitement.

Dans la deuxième moitié de 1899, la douleur et les ménorrhagies augmentèrent d'intensité : les douleurs étaient extrêmement vives les deux ou trois premiers jours des règles. Puis surviennent de l'amaigrissement, des troubles de compression vésicale (envies d'uriner tous les 10 minutes). La malade consulte le professeur Pinard.

Examen clinique.

L'état général : est profondément anémié par les pertes ; la malade est très pâle et très amaigrie.

L'état local : fait constater une tumeur énorme remplissant le vagin ; on ne peut atteindre le col. Par le palper sus-pubien on perçoit de grosses bosselures.

Diagnostic.

On pense à un polype énorme utéro-vaginal en voie d'élimination, ayant complètement dilaté le col et s'échappant au dehors d'un utérus lui-même fibromateux (fig. 49).

Indications opératoires.

La seule opération à laquelle on puisse penser ici, c'est à un morcellement du polype pour l'extraire hors du vagin, à une polypectomie, se réservant

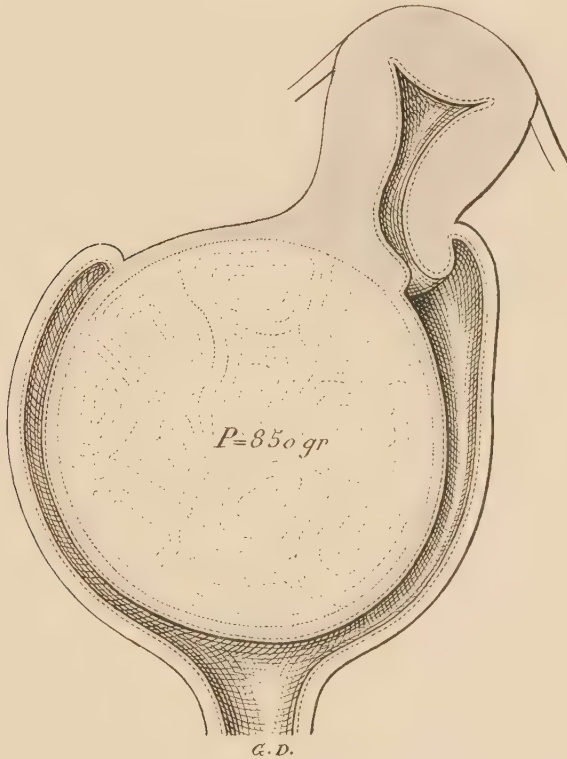


FIG. 49 (Obs. XXII).

suivant les circonstances d'en rester là ou de terminer par une extirpation totale de l'utérus. L'opération devait démontrer que tel n'était pas le cas.

Opération.

Le 3 avril 1900, par P. Segond, avec l'assistance de Fresson et Font-Réaulx, en présence du professeur Pinard.

Morcellement de la partie vaginale du fibrome. Une fois celui-ci extirpé, le vagin est libre et au niveau du cul-de-sac vaginal latéral droit, reste une vaste cupule cruentée, mais à travers cette sorte de brèche, on sent vers le côté gauche une masse arrondie, volumineuse, repoussée en haut et qui est prise pour un autre fibrome considérable. L'incision est prolongée du cul-de-sac

vaginal droit ouvert, en dedans, sur une partie résistante : c'est la partie droite du col; on fait donc une hystérotomie unilatérale droite prolongeant la colpotomie latérale droite résultant de l'extirpation du fibrome. Cette section permet au doigt de pénétrer dans une cavité qui n'est autre que le canal utérin, et ce qu'on pensait être un deuxième corps fibreux très volumineux, n'est autre chose qu'un gros utérus vide de tout autre fibrome.

Tamponnement de la cavité utérine et de la loge d'énucléation ligamentaire.

Suites opératoires.

L'opération est à peine terminée, qu'il se produit une violente hémorrhagie. On met alors la malade en travers du lit où elle avait été ramenée, on détamponne complètement et on remet des mèches de gaze aussi serrées et tassées que possible. En outre: injections de caféine, d'éther, de sérum. Ablation des mèches le 7^e jour. Malgré cette hémorrhagie, les suites immédiates furent normales jusqu'au 10^e jour, où apparaît une phlébite légère de la jambe gauche, traitée par l'immobilisation sur plan incliné et par l'application de compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le 3 mai, c'est-à-dire un mois après l'intervention, la malade rentre chez elle en aussi parfait état que possible.

Le 16 mai, elle est vue par son médecin, qui constate un relèvement rapide des forces, mais elle a, à ce moment, quelques douleurs abdominales suivies d'un écoulement de sang qui les fait disparaître: il s'agit probablement du retour des règles.

Le 21 mai, la malade ne ressent plus rien, elle se porte fort bien et n'a qu'un peu d'œdème du pied gauche le soir.

Remarques.

Retenir surtout l'erreur de diagnostic qui avait fait prendre ce fibrome utérin inclus dans le ligament large droit pour un énorme polype sortant de la cavité utérine: en somme, il y a eu ici énucléation vaginale trans-ligamentaire suivie d'hystérotomie latérale correspondante. A retenir encore l'hémorrhagie post-opératoire grave, mais facile à arrêter tout de même par le seul tamponnement, et l'infection phlébitique.

OBSERVATION XXIII

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale unilatérale droite d'un fibrome interstitiel développé dans la partie supérieure de la paroi antérieure de l'utérus, ayant le volume d'une orange. Hystérectomie vaginale consécutive un an après, non pour récurrence fibreuse, mais pour annexite. Pièce anatomique démontrant la parfaite réparation d'une plaie utérine due à l'énucléation d'un fibrome interstitiel. Guérison.

M^{me} E..., 37 ans, opérée une première fois d'hystérotomie cervico-vaginale le 22 février 1899, une deuxième fois d'hystérectomie vaginale le 19 avril 1900 par P. Segond.

Passé clinique.

Réglée pour la première fois à 15 ans. Les règles durent 4 à 5 jours et sont très douloureuses; pas de leucorrhée. Pas d'avortements.

Une seule grossesse terminée par un accouchement spontané à terme, en 1883, et suites de couches normales.

En 1889, sans douleurs proprement dites, sans pertes, elle maigrit beaucoup, consulte Péan qui lui fit un curettage suivi d'amélioration.

Au mois de décembre 1898, son état névropathique antérieur subit une

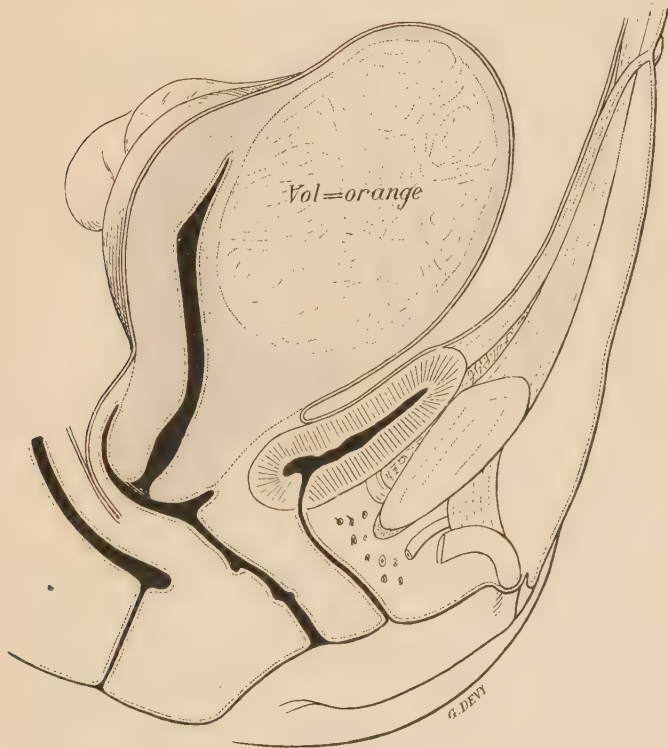


FIG. 50 (Obs. XXIII).

recrudescence : elle maigrit, mais ne présente pas de symptômes abdominaux appréciables.

Le 3 février 1899, elle est prise un soir subitement d'une perte hydropurulente suivie d'une métrorrhagie abondante qui dura 10 jours et s'accompagna de violentes douleurs abdominales et lombaires.

Examen clinique.

L'état général est profondément altéré : anémie marquée, décoloration cireuse des téguments, troubles nerveux et dyspeptiques variés.

L'état local fait constater, au toucher bimanuel, un utérus volumineux faisant saillie en avant, dur, et une double annexe paraissant non suppurée.

Diagnostic.

Fibrome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus, **gros** comme une orange, et annexite double non suppurée (fig. 50).

Indications opératoires.

Les pertes de sang abondantes et anémiantes qu'il fallait tarir d'une façon urgente, les lésions annexielles bilatérales semblaient indiquer sans conteste l'hystérectomie vaginale totale. Mais le très mauvais état général de la malade, son extrême faiblesse, et ce fait que la seule indication pressante provenait des métrorrhagies, firent reculer Segond devant les périls d'une grosse intervention : « Je me suis contenté, dit-il, de procéder à l'ablation du fibrome par voie vaginale, avec la certitude de tarir ainsi les pertes sans aucun danger pour la patiente et avec l'espoir que, peut-être, des soins médicaux ultérieurs viendraient à bout de l'annexite. »

Opération.

Le 22 février 1899 par P. Segond, avec l'assistance de Bigeard et Claisse.

Malgré le volume du fibrome, Segond put se contenter d'une hystérotomie cervico-vaginale unilatérale droite.

Avec le doigt et le bistouri, mise à nu à travers l'utérus du fibrome lui-même : fixation de ce dernier au tire-bouchon et morcellement.

La loge intra-utérine résultant de l'énucléation est bourrée avec des lanières de gaze stérilisée.

L'incision unilatérale du col est recousue par quelques points de catgut.

Suites opératoires.

Les mèches sont enlevées le huitième jour. Renouvellement du pansement. Injections intra-utérines très chaudes.

La malade présente un peu d'urétrite qui disparaît très vite et elle sort le 23 mars 1899, un mois après son intervention.

Mais le 15 avril 1899, après 20 jours de bonne santé, elle est prise d'une violente crise de péritonite qui se calme après une période de traitement, et comme elle présente des douleurs céphalalgiques intenses, de la diminution de l'acuité visuelle, Segond la montre au Dr Rendu qui, malgré l'absence d'albumine, attribue tous ces troubles à un mal de Bright et la soumet au régime lacté absolu qui l'améliore notablement. En septembre 1899, 3 mois après, retour offensif grave de phénomènes urémiques avec céphalalgie, œdèmes, etc., à la suite de cessation du régime : cette deuxième crise urémique, soignée, cesse.

En décembre 1899, deux mois après, nouvelle poussée péritonéale qui se calme sous l'influence du repos et des injections.

De janvier à avril 1900, la malade est bien portante, mais le 12 avril survient une autre crise de pelvi-péritonite très violente avec poches purulentes bilatérales.

Segond pratique alors, le 19 avril 1900, une hystérectomie vaginale totale : l'abaissement de l'utérus est très difficile et ne devient possible qu'après la section du pied des ligaments larges. La bascule par hémisection antérieure étant impossible, l'utérus est attaqué par hémisection postérieure : les deux annexes purulentes sont enlevées.

Guérison complète à la suite de cette intervention.

Remarques.

Cette observation est tout d'abord intéressante *au point de vue clinique* : elle montre que la concomitance de lésions annexielles et d'un fibrome même énucléable seul, n'est pas toujours une contre-indication de l'hystérotomie cervicale. Ici, la malade n'eut certainement pas, vu l'altération de son état général, supporté une mutilation grave bien que nécessaire. L'hystérotomie cervico-commissurale peut donc être une opération d'attente : elle est radicale quant

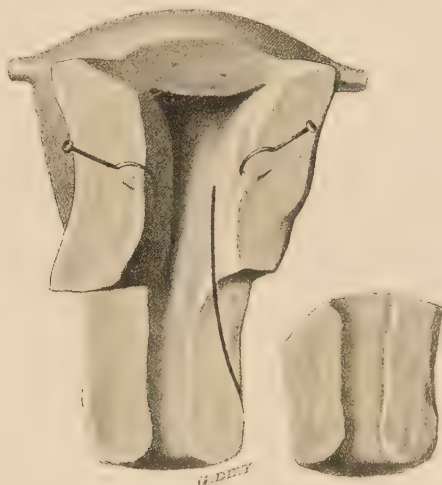


FIG. 51 (Obs. XXIII).

L'utérus enlevé par hystérectomie vaginale.

au fibrome et met fin à ses symptômes hémorrhagiques : par conséquent elle obvie au danger le plus pressant ; elle ne peut guérir la lésion annexielle ou l'améliorer toujours. Mais comme sa gravité est relativement très restreinte, elle répond bien à ces cas particuliers et compliqués.

Cette observation présente aussi un autre grand intérêt, et cela *au point de vue de l'état anatomique de l'utérus* sur lequel une énucléation par voie vaginale a été pratiquée, en laissant parfois une paroi très amincie qui pourrait devenir un point faible.

Second a présenté à la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, à la séance du 4 mai 1900 cet utérus d'où il avait extrait, par hystérotomie cervicale, un fibrome gros comme une orange, 13 mois avant l'hystérectomie totale : c'est une pièce précieuse (fig. 51). Voici ce qu'il en dit lui-même à la Société : « En rapprochant les morceaux, il vous sera facile de reconstituer l'organe et de vérifier aussi bien son petit volume que l'intégrité de ses parois. Sans doute, la paroi antérieure que j'ai dû sectionner pour faire basculer l'organe est un peu amincie, mais il n'est pas moins facile de vérifier que cette paroi a retrouvé sa texture normale, et qu'elle ne présente ni

cavité, ni clapier, ni solution de continuité d'aucune sorte (fig. 52 et 53). L'histologie parle dans le même sens et l'examen pratiqué par mon interne Claisse établit qu'une légère diminution de vascularisation est la seule modification qu'on puisse constater au niveau de cette paroi antérieure. Or, c'est précisément là, dans la partie supérieure de la paroi utérine antérieure, que se trouvait le

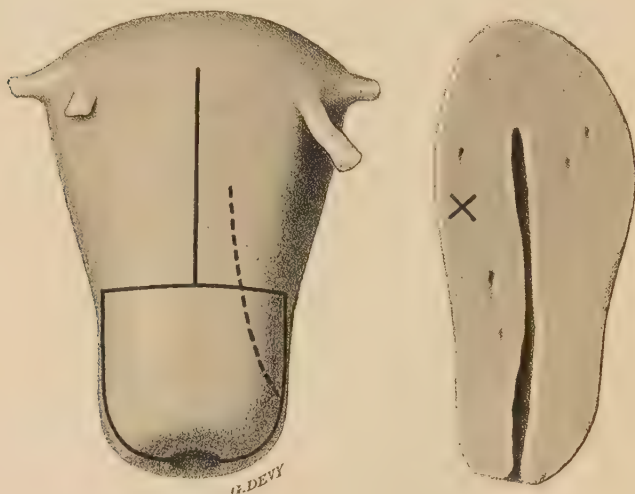


FIG. 52 et 53 (Obs. XXIII).

A gauche, tracé schématique des incisions faites à l'utérus par l'hystérectomie.

A droite, coupe sagittale de l'utérus avec, marquée par une croix, la place qu'avait occupée autrefois le fibrome de la paroi antérieure.

fibrome interstitiel morcelé il y a un an, fibrome offrant au moins les dimensions d'une orange. La démonstration anatomique de la parfaite réparation des plaies utérines consécutives à l'énucléation des fibromes interstitiels même volumineux me paraît donc aussi nette que possible dans ce cas particulier. »

OBSERVATION XXIV

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel, développé dans la paroi postérieure de l'utérus, pesant 1 kilogramme. Guérison.

M^{me} M..., 32 ans, opérée rue de la Santé, le 18 juin 1900.

Passé clinique.

Réglée à 12 ans, et depuis régulièrement. Mariée à 23 ans.

Pas de fausses couches, 4 grossesses terminées par des accouchements spontanés à terme : le 1^{er} à 24 ans, suivi d'une phlébite. Les 2^e, 3^e et 4^e accou-

chements ont lieu à un an d'intervalle : le dernier, en 1896, a été suivi d'une phlébite double.

En 1898, il y a 2 ans, ont commencé les premiers symptômes de son fibrome : douleurs et surtout ménorrhagies qui n'ont fait que s'accroître.

Ces temps derniers elle a vu 3 médecins : Bouilly, qui fit le diagnostic d'amexite; Bachoué (de Biarritz) qui diagnostiqua un fibrome; puis Segond qui porta aussi le diagnostic de fibrome et conseilla l'opération.



FIG. 54 (Obs. XXIV).

La malade avait eu plusieurs métrorrhagies et surtout de l'hyrorrhée.

Examen clinique.

État général : malade extrêmement affaiblie par les métrorrhagies; état général mauvais.

Examen local : très grosse masse développée en arrière, et dure. Le toucher ne permet pas de sentir l'état des annexes.

Diagnostic.

Gros fibrome, développé surtout en arrière : on ne peut préciser davantage (fig. 54).

Indications opératoires.

Certainement, malgré le volume, la disposition topographique de ce fibrome fait penser qu'une hystérotomie cervico-vaginale peut être tentée, mais ce qui

la fait indiquer dans ce cas particulier c'est surtout l'état de la patiente qui est extraordinairement épuisée par ses pertes et qui ne pourrait faire les frais d'une intervention grave.

Opération.

Le 18 juin 1900 par P. Segond, avec l'assistance de Fresson et Font-Réaulx.

Hystérotomie cervico-bicommissurale. Morcellement. Énucléation. Tire-bouchon. Couteau à double tranchant. Deux pinces longues de Kocher ont été laissées à demeure sur des points qui saignaient. Les divers fragments forment un tout qui pèse 1 kilogramme.

Suites opératoires.

Élévation de la température le lendemain soir à 39°,5 : on enlève les pinces, on renouvelle le pansement, et la fièvre tombe, mais la température se maintient les jours suivants à 38°. La malade conserve une grande faiblesse difficile à combattre, par suite de l'impossibilité de lui faire des injections sous-cutanées de sérum (à Biarritz, chaque injection de sérum était suivie de troubles généraux et d'une élévation de la température à 40°, malgré les soins aseptiques). Une périphlébite de la jambe gauche survient et est incomplètement guérie quand la malade quitte la maison de Santé, le 23 juillet 1900, 35 jours après l'opération. Aujourd'hui (mars 1901) elle est en parfaite santé.

Remarques.

C'est bien plutôt, dans ce cas, l'atteinte portée à l'état général, qui fait faire le choix de l'hystérotomie cervico-vaginale que la disposition du fibrome par rapport à l'utérus.

Le rétablissement peu rapide de la malade, encore très faible quelque temps après l'opération, les divers incidents de sa convalescence, la phlébite atteignant des membres d'ailleurs frappés de la même complication 2 fois à la suite d'accouchements antérieurs (il y a 8 ans et 4 ans), l'intolérance vis-à-vis des injections sous-cutanées de solutions salines, manifestée plusieurs fois par des élévations immédiates de température, indiquent suffisamment qu'il s'agissait là d'une malade à réaction pathologique facile, apte à l'infection, et il est bien probable que si l'on avait entrepris une hystérectomie abdominale ou vaginale totale, elle aurait eu toutes les chances de succomber.

OBSERVATION XXV

Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale d'un fibrome interstitiel développé dans la paroi antérieure et latérale gauche de l'utérus, ayant le volume d'une orange et pesant 520 grammes, chez une femme vierge. Guérison.

M^{me} S..., 41 ans, opérée le 3 décembre 1899, au couvent des Augustines, rue de la Santé.

Passé clinique.

Réglée à 13 ans, et depuis cette époque, très régulièrement.

Pas de grossesse ni de fausse couche. Femme vierge.

A 35 ans, c'est-à-dire il y a 6 ans, elle commence à souffrir du ventre, en même temps qu'apparaissent des hémorrhagies abondantes, en caillots. Ces pertes de sang affectent le caractère ménorrhagique et métrorrhagique.

A 37 ans, c'est-à-dire il y a 7 ans, elle a eu une métrorrhagie particulièrement abondante et inquiétante.

La malade n'était pas habituellement constipée. Jamais eu de pollakiurie, ni de rétention d'urine.

Dans les derniers temps, elle présentait de l'œdème malléolaire.

Examen clinique.

Baudron avait fait chez cette malade le diagnostic de fibrome, mais comme il s'agissait d'une vierge, l'état topographique du néoplasme n'avait pas été nettement établi parce que l'examen n'avait pu être pratiqué complètement. Aussi, était-on parti avec l'idée de pratiquer une hystérectomie abdominale totale.

Au moment d'opérer, la malade étant sous le chloroforme, on change d'avis et on se décide pour l'hystérectomie vaginale.

La femme est vierge, son vagin étroit, son périnée très résistant.

Nous pratiquons la dilatation digitale de l'hymen, et nous trouvons alors un utérus mobile, volumineux, dur; il n'y a rien du côté des annexes.

L'hystérométrie donne 11 centimètres de cavité utérine : le cathéter file un peu à droite à cause de la présence du fibrome qui est à gauche et en avant.

Diagnostic.

Il s'agit d'un fibrome interstitiel probablement unique de la paroi antérieure et latérale gauche de l'utérus, cause des métrorrhagies abondantes.

Indications opératoires.

Étant d'abord décidé à une hystérectomie abdominale, puis à une hystérectomie vaginale, sur notre avis, Baudron veut bien consentir à essayer la conservation de l'utérus et ses annexes et tenter l'hystérotomie bicervico-vaginale, le fibrome n'étant pas très volumineux (grosueur d'une orange), paraissant unique, interstitiel et sous-muqueux, et accessible par l'incision bicommissurale, et les annexes ne semblant pas présenter d'altérations (fig. 53).

Opération.

Pratiquée le 3 décembre 1899 par le Dr Baudron avec notre assistance et celle du Dr Le Masson.

Incision bicommissurale du col. On sent alors très bien par le toucher intra-utérin le fibrome tel qu'on avait pu le diagnostiquer à l'examen pratiqué sous le chloroforme avant de commencer l'opération.

Avec le tire-bouchon, on amarre le fibrome que l'on peut apercevoir au fond de la cavité utérine entr'ouverte à l'incision.

Morcellement avec le couteau bitranchant. Parfois, le couteau est difficile à passer au-dessus de l'extrémité de la pointe du tire-bouchon (ceci à cause de l'étroitesse de l'orifice vulvaire) et le tranchant se heurte après quelques entailles à travers le fibrome sur l'acier des spires du tire-bouchon, qui empêchent d'aller plus loin et de circonscrire un cône complet dans le fibrome, aussi est-on obligé de dévisser un peu le tire-bouchon afin d'avoir l'espace

nécessaire pour passer au-dessus de sa pointe. Mais autre inconvénient alors, il arrive, par instants, que le tire-bouchon lui-même dérape et l'on n'a plus assez de prise, aussi est-on obligé de recourir aux pinces à préhension. Il faut donc, dans ce cas, moins enfoncer le tire-bouchon ou avoir l'espace suffisant pour circonscrire un coup de couteau à travers le néoplasme autour de son axe.

Le fibrome est enlevé tout entier : comme toujours, les fragments sont plus volumineux à la fin du morcellement qu'au début. On peut sentir alors par le toucher abdomino-intra-utérin la loge qui était occupée par le fibrome dans la paroi antérieure et latérale gauche de l'utérus. Mais il reste des lambeaux de

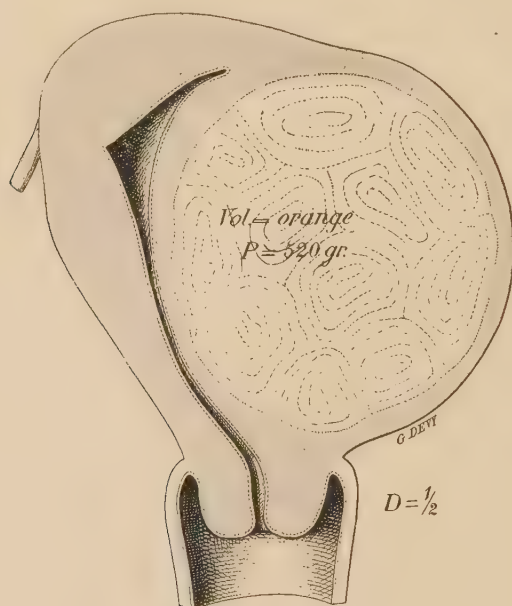


FIG. 55 (Obs. XXV).

capsule assez considérables, lambeaux qui pendent effilochés, loqueteux, dans la cavité utérine évacuée. Avec une pince à kyste fenêtrée on les saisit et avec de grands ciseaux courbes on les excise.

Peu de sang s'écoule après l'ablation du fibrome : c'est ici, comme très souvent, du sang noirâtre, peu abondant, résiduel, dû soit à l'évacuation de petites cavités kystiques à contenu sanguinolent, soit à la décortication et à l'exfoliation interne de la cavité utérine.

Après l'ablation du fibrome, afin de s'assurer que l'utérus n'est pas perforé, avec le doigt d'abord, puis avec une assez grosse bougie de Hegar, on explore les différents recoins de la cavité utérine et de la loge qui contenait le fibrome. La paroi utérine ne présente aucune solution de continuité.

Une sonde vésicale de Petzer est placée immédiatement après l'opération et laisse échapper de l'urine claire, montrant ainsi que la vessie n'a pas été intéressée.

Une fois le fibrome énucléé et les lambeaux capsulaires excisés, on fait une injection de sublimé faible jusqu'à sortie du liquide clair. A ce moment l'utérus se rétracte, revient sur lui-même, se subinvolve pour ainsi dire et présente à peu près le même phénomène qui suit l'accouchement et que le P^r Pinard appelle le *globe de sûreté*. C'est ici également une garantie de la non-inertie de l'utérus et, par suite, la crainte dissipée d'une hémorrhagie pouvant suivre la délivrance fibreuse.

Deux mèches de gaze, longues, ourlées sur les bords, l'une iodoformée, l'autre simplement aseptique, sont tassées dans la loge fibreuse et dans la cavité utérine.

Ce n'est qu'alors que l'on place deux fils de catgut pour suturer la commissure droite qui donne un petit jet artériel et qui saignait, sans doute depuis le début de l'opération, mais peu, car l'abaissement de l'utérus par traction sur les lèvres du col pendant les manœuvres de morcellement oblitère momentanément et par étirement les vaisseaux qui se remettent à donner dès que le tissu utérin est relâché.

Dans des cas analogues, il vaudrait mieux, comme le fait Segond d'habitude, placer une ou deux pinces longues de Kocher dès le début, si c'est nécessaire, afin d'assurer complètement l'hémostase avant d'assiéger le fibrome lui-même. En agissant ainsi, on n'est pas incommodé par le sang, sans compter que ce dernier est à économiser quand la malade est, ce qui arrive souvent, affaiblie par des métrorrhagies antérieures répétées.

Le périnée, qui a été légèrement déchiré par le passage des valves, est suturé par un petit surjet au catgut.

Suites opératoires.

Le premier pansement a été fait 6 jours après l'opération. On ne remet dans l'utérus qu'une seule mèche qui est laissée jusqu'au 9^e jour. Pendant les 3 jours qui séparent ces deux pansements, la malade a eu de la fièvre. — La malade sort guérie.

Baudron revoit la malade le 24 février 1900, c'est-à-dire 80 jours après l'opération. Voici ce qu'il nous écrit à son sujet : « Utérus normal, annexes saines. Les règles sont venues en janvier le 5, en février le 4. Elles ont duré chaque fois 5 jours sans la moindre douleur et leur abondance a été physiologique. En résumé, état local parfait, et j'ajoute état général excellent. » La malade a été revue par Baudron un an après ; elle est en parfait état de santé.

Remarques.

Voici donc une femme chez laquelle, la question de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes n'étant pas très courante à ce moment, on allait faire la classique hystérectomie mutilatrice, et cependant en adoptant la conduite qui a été suivie, elle a bénéficié d'une intervention presque sans péril et a pu conserver ses organes. Ceci mérite réflexion. Cette malade était une vierge de 41 ans. Bien qu'il y ait eu hésitation dans le choix de l'opération, cette virginité ne devait, dans la circonstance, être considérée que comme une pure abstraction et l'on devait passer outre : la défloration opératoire n'est rien en face de la déssexualisation totale.

Au point de vue opératoire, cette observation présente trois détails intéressants :

1° Dans la manœuvre de l'évidement, le tire-bouchon, trop enfoncé dans le bloc fibreux, peut être un obstacle au mouvement de circumduction conoïde du couteau qui va se heurter et s'arrêter sur ses spires ;

2° Il y a eu une hémorrhagie sans conséquence, mais qui pouvait devenir sérieuse, pendant les manœuvres de morcellement : l'utérus fortement abaissé, peut obturer la vulve et on peut laisser inaperçu un écoulement sanguin qui se fait derrière la masse néoplasique sur laquelle on est amarré ;

3° Il s'agissait d'une vierge, c'est-à-dire d'une femme à périnée solide, raison pour laquelle il peut précisément éclater sous la traction trop énergique d'une valve : il faut donc y porter quelque attention.

CONCLUSIONS

LA LIMITE OPÉRATOIRE EN FAIT DE FIBROMES UTÉRINS

I° Les fibro-myomes utérins appartiennent à la catégorie des néoplasmes bénins, mais il ne faut pas s'illusionner sur le mot : un néoplasme, bénin dans sa structure, peut être grave dans son évolution.

II° Il est indiscutable que si *des* fibromes peuvent permettre longtemps une existence supportable, ces tumeurs sont, d'une façon générale, moins graves à enlever qu'à laisser évoluer. Et si la question est le plus souvent résolue, de nos jours, pour les gros fibromes, elle doit se poser, aussi pressante, pour les *petits fibromes*, quand ils sont justiciables d'une chirurgie minima et sans risques.

III° Nous pouvons donc poser en principe que tout fibrome diagnostiqué doit être opéré, quand il est possible de le faire par une opération qui n'expose pas les patientes à des dangers plus grands que ceux relevant de l'évolution naturelle de leur mal.

INDICATIONS GÉNÉRALES de la CHIRURGIE CONSERVATRICE

I° Le but idéal de la chirurgie est de concilier le principe de l'ablation des tumeurs avec celui de la conservation des organes. Ce principe, d'ordre général, est d'autant plus applicable aux fibromes, que, précisément, leur disposition anatomo-pathologique indépendante et circonscrite, permet souvent de les enlever sans sacrifier l'utérus.

II° Les raisons qui militent en faveur des opérations conservatrices, dans le cas de fibromes, sont d'ordre anatomique, physiologique et opératoire.

Au point de vue anatomique, il faut éviter, dans la mesure du possible, de troubler la disposition topographique pelvienne normale.

Au point de vue physiologique, on doit s'efforcer de ne pas supprimer les fonctions multiples d'ovulation, de menstruation, de fécondation et de reproduction. L'intangibilité du pouvoir procréateur, lorsqu'il est compatible avec l'état de santé, est un principe dont il ne faut jamais se départir. En opérant les fibromes de bonne heure on pourra, peut-être, diminuer le taux de la stérilité.

Au point de vue opératoire, la chirurgie conservatrice, dans la plupart de ses interventions, comporte une bénignité incontestable. De plus, elle est préalablement exploratrice et peut ainsi juger, en dernier ressort, de la justiciabilité de la conservation ou bien du sacrifice total de l'organe, sans que, dans ce dernier cas, la technique opératoire en soit nullement entravée.

III° Tout fibrome doit être opéré, même lorsqu'il ne se manifeste que par des troubles fort peu accentués ; bien plus, tout fibrome doit être opéré parce que, plus la tumeur est petite, moins l'opération est grave. Il faut, au sujet des fibromes, en arriver à la conduite, aujourd'hui indiscutée, que l'on tient vis-à-vis des kystes de l'ovaire.

IV° La chirurgie conservatrice est surtout indiquée chez les femmes jeunes. Elle respecte la possibilité d'une grossesse, et met à l'abri des cas de dystocie, si elle vient à se produire.

V° Contrairement aux grandes opérations mutilatrices les interventions conservatrices n'ont pas contre elles, le plus souvent, des contre-indications basées sur le mauvais état général (anémie, cardiopathies, diabète, albuminurie, etc.).

VI° Les opérations conservatrices sont *radicales*, dans le meilleur sens du mot, puisqu'elles visent à enlever *toute* la tumeur, et y réussissent le plus souvent.

VII° La possibilité d'une récurrence n'annihile pas la valeur de telles interventions, parce que, outre qu'elle est rare, on sera toujours à temps de pratiquer une castration totale.

INDICATIONS PARTICULIÈRES DES DIVERSES INTERVENTIONS CONSERVATRICES

La chirurgie conservatrice, pour fibromes utérins, consiste en :

- 1° Méthodes atrophiantes ou indirectes ;
- 2° Méthodes directes abdominales ;
- 3° Méthodes directes vaginales ;
- 4° Méthodes directes par voie périnéale ;
- 5° Interventions sur utérus fibreux pendant la puerpéralité.

I° Les méthodes atrophiantes comprennent :

- 1° La ligature des vaisseaux *tubo-ovariens* ;
- 2° La ligature des artères *hypogastriques*, soit par le procédé sous-péritonéal, soit par le procédé trans-péritonéal ;
- 3° La ligature des artères *utérines* par voie abdominale (procédé de Rumpf-Hartmann-Fredet ; procédé d'Altuchoff-Sneguroff) ;
- 4° La ligature du pédicule *vasculo-utérin* par voie vaginale (procédé de Martin-Gottschalk, de Goëlet ; ligature à laquelle on a quelquefois substitué l'*angiotripsie* ou l'application de *pincés à demeure*).

Ces méthodes atrophiantes peuvent rendre des services dans les gros fibromes inopérables. Quelques chirurgiens ont tenté de les appliquer systématiquement aux fibromes tout à fait au début, mais sans avoir entraîné, semble-t-il, la conviction.

II° Les opérations conservatrices abdominales comprennent :

- 1° La *polypectomie abdominale*, pour polypes fibreux intrapéritonéaux à étroit ou large pédicule ;
- 2° Les *énucléations* ou *myomectomies abdominales*, soit *trans-utérines* (Ricard, Témoïn, Tuffier, etc.), avec ou sans ouverture de la cavité de l'utérus, pour fibromes sous-péritonéaux sessiles principalement, pour fibromes interstitiels et quelquefois même pour fibromes sous-muqueux sessiles, soit *trans-ligamentaires* pour fibromes du ligament large.

III° Les opérations conservatrices vaginales comprennent :

- 1° Les *polypectomies vaginales* pour polypes fibreux au stade utéro-cavitaire ou au stade utéro-vaginal, pour polypes géants, pour polypes sphacelés, pour inversion polypeuse ;
- 2° L'*énucléation vaginale* avec ou sans morcellement par *hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale* selon le procédé de P. Segond dérivé, de l'ancien procédé d'Amussat et de Péan, pour fibromes sous-muqueux sessiles, interstitiels et du ligament large ;
- 3° L'*hystérotomie médiane antérieure* ou *postérieure* par voie vaginale pour fibromes sous-muqueux sessiles, interstitiels, sous-péritonéaux sessiles et pour polypes cavitaires ;
- 4° Les *myomectomies* par *incision para-utérine* ou *colpotomique* : *antérieure*, avec ou sans ouverture du péritoine (fibromes sous-péritonéaux sessiles ou

pédiculés de la face antérieure et du fond de l'utérus); *postérieure* (fibromes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés de la face postérieure de l'utérus et fibromes ayant dédoublé la cloison recto-vaginale); *latérale* (fibromes intra-ligamentaires).

IV° Les opérations conservatrices par voie périnéale comprennent : les *périnéotomies par incisions de Zukerkandl ou de Süngrer* et s'adressent à certains fibromes ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

V° Les opérations conservatrices dans le traitement des fibromes pendant la puerpéralité, comprennent : les *polypectomies* et *énucléations abdominales ou vaginales*, la *césarienne avec myomectomie consécutive*. Chacune de ces opérations doit être considérée, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Nous avons consacré quelques lignes à l'ablation de fibromes à l'occasion de grossesses extra-utérines.

VALEUR COMPARATIVE DES PRINCIPALES INTERVENTIONS CONSERVATRICES

I° Les méthodes atrophiantes, constituent une chirurgie indirecte, de deuxième plan, palliative, utilisable au cours d'extirpations impossibles. Vouloir les appliquer à des fibromes au début, au moyen de ligatures du pédicule vasculo-utérin, par voie vaginale par exemple, nous semble inutile, puisque à *minimum égal* de danger opératoire, il est des opérations qui ont le triple avantage d'être exploratrices, directes, radicales.

II° Les opérations conservatrices par voie abdominale sont d'application indiscutable quand il s'agit de *polypes utérins intra-abdominaux*; du moment qu'il n'y a qu'à sectionner un pédicule, on ne voit pas pour quelle raison l'utérus devrait expier pour son produit pathologique.

Quant aux myomectomies abdominales, aux énucléations, elles sont certainement bien indiquées pour des *fibromes sous-péritonéaux sessiles* peu nombreux, peu considérables : des succès, concernant des cas même difficiles et compliqués, permettent de l'affirmer.

Quant aux énucléations ou myomectomies appliquées aux *fibromes sous-muqueux* avec ou sans parti pris d'ouvrir la cavité utérine, nous croyons que c'est, pour l'heure présente, aller un peu loin et soumettre les malades à un aléa opératoire qu'elles ne doivent pas courir, alors que précisément pour cette même catégorie de fibromes il est des opérations vaginales bien plus bénignes.

III° Les opérations conservatrices par voie vaginale sont d'indication incontestable quand il s'agit de *polypes intra-utérins* ou *utéro-vaginaux*.

Quant à l'énucléation avec ou sans morcellement par hystérotomie, de *fibromes sous-muqueux et interstitiels*, principalement par hystérotomie cervico-vaginale selon le procédé de Segond, ses indications sont, d'une manière générale : l'unicité et le volume peu considérable du fibrome, la régularité approximative de l'utérus, la mobilité de cet organe, la présence d'annexes saines. Telle est la formule indicatrice dans toute sa rigueur, mais elle est certainement plus extensible, ainsi que le prouvent les observations que nous avons rapportées.

Ce procédé de Segond a des avantages indéniables : il est moins dangereux que n'importe quelle opération abdominale : il n'expose pas aux hémorrhagies primitives ou secondaires, à la blessure de l'intestin, de la vessie, des uretères; il ne comprend pas l'ouverture du péritoine et met à l'abri, plus que tout autre procédé, des accidents d'infection; le drainage est toujours possible et dans les meilleures conditions : en dehors de la cavité abdominale et dans la déclivité. Sa simplicité d'exécution est maxima puisqu'il n'exige, à la rigueur, aucune

suture (dans les opérations abdominales il faut recoudre et l'utérus et la paroi de l'abdomen : les sutures utérines exigent, d'ailleurs, un soin tout particulier). Il évite la cicatrice abdominale et les éventrations possibles. Sa bénignité est telle qu'il peut être exécuté chez les femmes assez âgées et chez celles qui ont un très mauvais état général qui ne permettrait pas certainement une intervention plus grave.

Aussi, n'est-ce pas trop s'avancer en affirmant qu'on est en droit d'opérer tout fibrome par cette opération (quand elle est anatomiquement possible évidemment) quand bien même il ne donnerait lieu à aucune symptomatologie ; on peut ainsi arrêter, dès le début, l'évolution d'un fibrome qui, plus tard, exigerait une intervention plus importante, et c'est ce qui fait que le champ d'action de l'énucléation par hystérotomie cervico-vaginale peut être appelé à s'étendre de plus en plus.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Il faut recourir à la chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement de fibromes, *dans la plus large mesure possible*, quand les conditions résumées succinctement plus haut et précisées au cours de notre travail seront requises, mais cependant, ne pas tomber dans l'excès qui irait à reculer devant des opérations radicales mutilatrices indispensables souvent : il y a une chirurgie mutilante utéro-annexielle inévitable parce que ses indications en sont inévitables : on trouvera longtemps encore des fibromes que la pusillanimité aura souvent laisser grossir indéfiniment ; il y aura encore longtemps des fibromes inconnus ou irrévélés aux malades qui en sont atteintes et qui, de ce fait, seront admis tardivement à la solution chirurgicale ; il y en aura d'un polymorphisme si disparate, d'une disposition topographique si contraire à toute conservation possible, qu'ils nécessiteront l'éradication absolue et totale.

Vu, le Président de Thèse,

PINARD.

Vu, le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

N.-B. Chaque numéro d'auteur cité dans cette bibliographie, correspond à un numéro semblable qui accompagne son nom dans le texte et au chapitre correspondant.

MÉTHODES ATROPHIANTES PAR VOIE ABDOMINALE OU VAGINALE

(Ligatures, forcipressure, angiotripsie.)

I. Historique.

1. JOHAN MUYS. *Neue Vernünftige Praxis der Wundärzte*, Frankfurt, 1629. Cité par Hartmann et Fredet dans les *Annales de gynécologie*, 1898, p. 110.
2. HARVEY. *Exercitationes de generatione animalium*, Amsterdam, 1651. Cité par Hartman et Fredet, *id.*
3. MAUVOISIN. *De la ligature préventive atrophiante des artères de la langue*, thèse de Paris, 1873.
4. BIER. *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1893, p. 583.
5. WILLY MEYER. *Annals of Surgery*, juillet 1894. — *Annals of Surgery*, 1896, n° 42, p. 705.
6. CARRIÈRE ET VANVERTS. *Revue de chirurg. abd. et de gynécol.*, Pozzi, 1899, p. 885.
7. HOFMEIER. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1880, t. V, p. 96.
8. GEZA VON ANTAL. *Centralb. f. Gynæk.*, 1882, p. 465.
9. SEGOND. *Annales de gynécologie*, Paris 1888.
10. H. FRITSCH. *Deutsche Chirurg.*, Lief. 56, 1885, p. 342-343.
11. BAUMGARTNER. *Zur Operation des Cervixcarcinomes*. (*Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn.*, II, Congress zu Halle, 1888, p. 280 à 284.)
12. V. A. GUBAROFF. *Ueber die Unterbindung der Uterusgefäße* (*Centr. f. Chir.*, 1889, p. 369-370).
13. RYDYCIER. *Wien. klin. Woch.*, 1890, n° 10, p. 181-182. — *Central. f. Gynæk.*, 31 mars 1894, cité par *Presse médicale*, 1894, p. 130.
14. DORSETT. *St-Louis Courier of Medicine*, 1890, t. III, p. 82.
15. FRANKLIN MARTIN. *American Journal of Obstetrics*, 1892, n° d'avril. — *American Journal of Obstetrics*, août 1893, t. XXVII, p. 481. — *Lectures on the treatment of fibroid tumors of the uterus*, Chicago, 1897, p. 101. — *British med. J.*, 23 octobre 1897. — *Annales de gynécol. et d'obst.*, 1898, p. 290.

16. GOTTSCHALK. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. XLII et *Centralb. f. Gynæk.*, 1893, p. 352-357. — *Centralb. f. Gynæk.*, 1893, p. 897-900, n° 39. — *Centralb. f. Gynæk.*, 1895, p. 291.
17. BOLDT. *New-York Journal of gynæc. and obstetrics*, février 1894, t. IV, p. 129.
18. ADAMS; KRUG. *New-York Journal of gynæc. and obstetrics*, février 1894, t. IV, p. 180.
19. GREENE. *Journal of the american medical Association*, Chicago, 10 février 1894, t. XXII, p. 179.
20. POLK; WILLIAM GOODEL; MATTHEW MANN. *III^e congrès triennal des médecins et chirurgiens américains*, tenu à Washington en mai et juin 1894.
21. A. H. GOELET. *Americ. med. surg. Bulletin*, 1^{er} juin 1894, t. VII, p. 645. — *Medical Record*, 1894, p. 219.
22. C. C. FREDERICK. *Journal of the americ. med. Associat.*, Chicago, 10 août 1895, t. XXV, p. 229-231.
23. BIER. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1893, p. 583.
24. KELLY. *John Hopkins Hospital Bulletin*, avril 1894.
25. W. R. PRYOR. *Americ. J. of obst.*, 1897, vol. XXXV, p. 511.
26. P. KUHN-FABER. *Nordiskt medicinskt. Arkiv.*, Stockholm, 1895, n° 14, p. 1-12, t. 27.
27. OTTO KÜSTNER. *Centralb. f. Gynæk.*, 1893, p. 761-764.
28. RUMPF. *Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk.*, 1895, Bd XXXIII, p. 212-214.
29. L.-M. BOSSI. *Archivio di ostetricia e ginecologia*, Naples, 1897, t. IV, fasc. 4.
30. PACKARD. *Cité par Tuffier au XI^e congrès français de chir.*, Paris, 18 au 23 octobre 1897.
31. ALTUCHOFF et W. SNEGUROFF. *Monatsch. f. Geb. u. Gynæk.*, 1896, Bd III, Hft. 6, p. 453-458.
32. AUGUSTE P. CLARKE. *XII^e congrès international tenu à Moscou*, 1897.
33. RECHNER. *Thèse*, Paris, 1897 : *Pincement et ligature des artères utérines*, p. 45 et 47.
34. GOULLILOUD. *XIII^e congrès international de médecine tenu à Paris*, section de gynécologie, 8 août 1900.
35. TUFFIER. *XI^e congrès français de chirurgie*, tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897, p. 192.
36. HARTMANN. *XI^e congrès français de chirurgie*, tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897.
37. HARTMANN et FREDET. *Bulletin et mém. de la Société de Chirurgie*. Séance du 8 février 1898.
38. DUPLAY et LAMY. *Archives générales de médecine*, Paris, 1897, t. II, p. 513.
39. FREDET. *Bulletins de la Société anatomique*, 11 février 1898. — *Bulletin de la Société anatomique*, 18 février 1898, p. 193.
40. HARTMANN et FREDET. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février et avril 1893, p. 110 et 306.
41. FREDET. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, Paris, 1898, p. 81 à 122. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. LI, mai 1899, p. 365. — *Bulletin de la Société anatomique*, 10 novembre 1899. — *Thèse*, Paris 1899.
42. GOELET. *Americ. gyn. and obst. Journal*, février 1897, t. X, p. 140. — *Medical Record*, 6 mars 1897, p. 338-339.
43. F. MARTIN; VINEBERG; SKENE. *LXV^e congrès de l'Association médicale anglaise*. *British med. J.*, 23 octobre 1897.
44. F. MARTIN. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, n° d'avril 1898, p. 290.
45. GOTTSCHALK. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1898, n° 20, p. 435. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1^{er} semestre 1898, p. 354.
46. TUFFIER. *XII^e congrès français de chirurgie*, Paris, 17 au 24 octobre 1898.
47. MANGIN. *La gynécologie*, 1898, n° 5, p. 402. — *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, tenu à Marseille, 1898.
48. DELAGÉNIÈRE. *La chirurgie de l'utérus*. Institut de bibliographie, Paris, 1898. — *III^e congrès international de chirurgie et d'obstétrique*, tenu à Amsterdam du 8 au 12 août 1899.

49. J. M. BALDY. *III^e congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, tenu à Amsterdam du 8 au 12 août 1899.
50. GOTTSCHALK ; ZWEIFEL ; ROSTHORN ; AMANN ; SCHAUTA ; FRITCH. *VIII^e congrès de la Société allemande de gynécologie*, tenu à Berlin, 1899.
51. G. GAFFAREL. « *La ligature ou le pincement des artères utérines dans le traitement des fibromes* », thèse, Lyon, 1899.
52. GOTTSCHALK ; DELAGÉNIÈRE ; GOULLIoud. *XIII^e congrès international de médecine*, tenu à Paris en août 1900. Section de gynécologie, séance du 8 août.
53. DE PAOLI ERASMO. *XV^e congrès de la Société italienne de chirurgie*, tenu à Rome du 27 au 30 octobre 1900. Analysé dans la *Gazette hebdomadaire de méd. et chir.*, 1901, p. 59.

II. Techniques opératoires.

54. RICARD. *Semaine médicale*, 2 février 1887.
55. CHARPY. *Organes génito-urinaires*, Toulouse, 1890.
56. DELBET. *Traité des suppurations pelviennes*, Paris, 1891.
57. BROECKAERT. Contribution à l'étude de l'artère utérine. Extrait des *Annales de la médecine de Gand*, 1892.
58. CH. SOULIGOUX. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1894, p. 831 à 837.
59. L. CERF. *Les vaisseaux sanguins du périnée et des viscères pelviens*, thèse, Paris, 1895.
60. NAGEL. *Handbuch der Anatomie des Menschen*, Bd. VII, Th. 2, Iéna, 1896. — *Arch. f. Gynæk.*, Berlin, 1897, Bd LIII, Hft. 3, S. 557-627.
61. POIRIER. *Traité d'anatomie humaine*, angiologie, 1896.
62. DESTOT. *Province médicale*, février 1897. — *Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de St-Étienne*, du 5 au 12 août 1897.
63. FREDET. *Recherches sur les artères de l'utérus*, thèse de Paris, 1899. Pour les autres publications, voir plus haut.
64. OMBRÉDANNE. *Les lames vasculaires dans l'abdomen et le bassin*, thèse de Paris, 1900.
65. PAUL PETIT. *L'aponévrose ombilico-pelvienne ou cache-vasseaux*. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.* de Pozzi, 1900, n° 4, p. 579.
66. REMPHRY. *Transact. of the Obstet. Society of London*, 1894, vol. XXXVI, p. 202-207.
67. V. A. VON GUBAROFF. *Centralblatt für Chir.*, 1889, p. 369-370.
68. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, 1898, chapitre des ligatures atrophiées des vaisseaux tubo-ovariens.
69. HERBET. *Bulletin de la Société anatomique*, séance du 18 décembre 1896.
70. FAURE. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.* de Pozzi, 1899, p. 713.
71. K. G. LENNANDER. *Centralb. f. Gynæk.*, 1897, n° 17.
72. BERNARD PITTS. *The Lancet*, 1899, p. 142.
73. ROUTIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 18 juillet 1900.
74. LEGUEU. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 2 novembre 1899.
75. BIER. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1893, p. 583.
76. WILLY MEYER. *Annals of Surgery*, juillet 1894 et juin 1896.
77. E. TROTIN. *De la ligature de l'hypogastrique comme méthode atrophiante*, etc., thèse, Paris, 1898.
78. KELLY. *Solus Hapkins Hospital Bulletin*, avril 1891.
79. HARTMANN et FREDET. *Annales de gynécol. et d'obstétr.*, 1898, 1^{er} semestre, p. 124.
80. QUÉNU et DUVAL. *Revue de chirurgie*, 10 novembre 1898.
81. FARABEUF. *Manuel opératoire*, 4^e édition, 1895, p. 117 et 118.
82. DELAGÉNIÈRE. *XIII^e congrès international de médecine*, Paris, août 1900. Section de gynécologie.

83. BOUISSON. *Gazette médicale de Paris*, 1845.
84. W. R. PRYOR. *Americ Journ. of Obst.*, 1897, vol. XXXV, p. 511.
85. HARTMANN et FREDET. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, p. 315, 1898.
86. BAUMGARTNER. *Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, Leipzig, 1888, p. 280.
87. RUMPF. *Vorgeschnittlenes Carcinoma uteri durch Laparotomie extirpirt.* (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1895, Bd XXXIII, p. 212-214.)
88. HARTMANN. *XI^e congrès français de chirurgie*, tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897.
89. FREDET. Théorie et technique des ligatures de l'artère utérine. *Revue de chirurgie*, 10 mai 1898, p. 450.
90. ALTUCHOFF et SNEGUROFF. *Monatschrift. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd III, Hft. 6, p. 453-456.
91. N. N. PHÉNOMÉNOFF. *Wratch*, n° 51, 18 décembre 1897.
92. GUBAROFF. *Congrès international de gynécologie*, Bruxelles, 1892, C. R. 1894, p. 87-98.
93. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1898.
94. DE GRAAF. *De mulierum organis generationi inservientibus, tractatus novus*. Lugduni Batav., 1672, p. 168, cité in thèse de Fredet, 1899.
95. SWAMMERDAM. *Miraculum naturæ sive uteri muliebris fabrica*. Lugduni Batav., 1729, tab. III, cité in thèse de Fredet, 1899.
96. HYRTL. *Die Corrosions Anatomie und ihre Ergebnisse*, Wien, 1873.
97. DIAKONOFF. De l'application des rayons de Rentgen à la préparation des dessins anatomiques. *Khirurgia*, 1897, n° 2, p. 93.
98. DESTOT. Circulation artérielle des organes génitaux de la femme. *Province médicale*, Lyon, 1897, t. XI, n° 15, p. 173-175.
99. KEIFFER. *Société obstétricale de France*, séance d'avril 1898. Ref. dans *Presse médicale*, 1898, p. 248.
100. A. VON ROSTHORN. *Anatomie des Beckenbindegewebes*. (Un chapitre du *Handbuch der Gynäkologie*, publié par J. Veit, Bd III, 2^e Hfte, 1^e Abth., p. 6.)
101. KEIFFER. *Société obstétricale de Paris*, séance du 17 mai 1900.
102. GUBAROFF. *Revue illustrée de polytechnique médic. et chirurg.*, 28 février 1899, in *Semaine gynécologique*, 1899, p. 123.
103. VILLAR. *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, 25 mars 1899. Cité également dans *Semaine gynécologique*, 1899, p. 122.
104. LYOT et REBREYEND. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* de Pozzi, 1899.
105. L. THUMM. Die Hebelklemme zur Blutstillung für die vaginale Radikaloperation. *Centralb. f. Gynæk.*, 4 février 1899, p. 129.
106. SCHWARTZ et ROCHARD. In *Thèse de Rechner*, Paris, 1897.
107. CHANDELUX. *Société chirurg. de Lyon*, séances des mois de novembre et décembre 1898. Résumé in *Revue de chirurgie*, 1899, p. 569.
108. AUGUSTIN GOELET. *Medic. Record*, 1897, vol. 51, p. 338-339.

III. Indications. Contre-indications.

109. BOSSI. *Congrès international*, tenu à Rome en 1894.
110. HARTMANN et FREDET. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1898, 1^{er} semestre, p. 331.
111. COUVELAIRE. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1899, 1^{er} semestre, p. 417.
112. MAYO ROBSON. *British med. J.*, 12 et 19 juin 1886, cité dans la thèse de Strada, Paris, 1888.
113. BOSSI. *Archivio di ostetricia e ginecologia*, Naples, 1897, t. IV, fasc. 4.
114. CARRIÈRE et VANVERTS. *Revue de gynécol. et chirurg. abdom.* de Pozzi, 1899, p. 885.
115. TUFFIER. *XII^e congrès français de chirurgie*, Paris, 17 au 24 octobre 1898.
116. RYDYGIER. *Centralb. f. Gynæk.*, 31 mars 1894. Cité par *Presse médicale*, 1894, p. 130.

117. SIMMUNDS. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1900, n° 2, p. 53.
 118. LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité de gynécologie*, Paris, 1898.
 119. DUPLAY. Traitement des fibromes de l'utérus. Clinique de l'Hôtel-Dieu. — *Presse médicale*, 1900, n° 47, juin.
-

POLYPECTOMIE ABDOMINALE

I. Définition. Synonymie.

1. LONGUET. *Progrès médical*, 29 juillet 1899.
2. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1898.

II. Historique.

3. GRANVILLE. *Revue méd. transact.*, p. 94, t. XXXIV, 1837.
4. ATLEE. Removal of fibroid tumors of the uterus by gastrotomy. *Americ. Journ. med. Sciences*, vol. IX, avril 1845, p. 309.
5. LANE. Cité par Pozzi, *Traité de gynécologie*, 3^e édit., 1897.
6. THORNTON; SCHRÖDER; HEGAR; STUTGARDS; MARTIN; LANDAU; BARNES; FRANEL; GORDON. Cités par Routier : *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1890.
7. ROUTIER. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1890.
8. VAUTRIN. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1893.
9. JACOBS. *Annales de l'Institut Ste-Anne*, Bruxelles, 1898.
10. HOLLOWKO. *Centralblatt für Gynäk.*, 1899, n° 10, p. 270.
11. SCHWARTZ. *Académie de médecine*, 8 décembre 1896.
12. MERMET. *Société anatomique. Bulletin et mém.*, n° du 19 juin 1896.
13. MACÉ. Contribut. à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1897.
14. ALBERT MARTIN. *Normandie médicale*, 15 août 1897.
15. PLANQUE. Contribut. à l'étude de la torsion des fibromes utérins. *Thèse*, Paris, juillet 1897.
16. LUY. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, Paris, 9 décembre 1898.
17. GUILLOT. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, Paris, 28 octobre 1898.
18. A. HOLLOWKO. *Centralblatt für Gynäk.*, 1899, n° 10, p. 270.
19. FERRONI. *Annali di ostetricia e ginecologia di Milano*, 1899, n° 4, p. 342.
20. E. EHRENDORFER. *Monatschrift für Geburtschüfe und Gynäkologie*, 1899, vol. IX, n° 3, p. 301.
21. FOUQUET. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, 20 avril 1900, p. 418.
22. SCHWARTZ. *Société d'obstét., de gynécol. et de pædiatrie. Bulletin et mém.*, séance du 4 mai 1900.

III. Technique opératoire.

23. DOYEN. III^e Congrès international d'obstétrique et de gynécologie, tenu à Amsterdam du 8 au 12 août 1899. Comptes rendus in *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1899. Rapport de Doyen, 2^e semestre, p. 197.

24. DELAGÉNIÈRE. Chirurgie de l'utérus, Paris, 1898.
25. POZZI. Traité de gynécologie, 3^e édition, 1897.
26. V. HACKER. Zur technik der supravaginalen amputatio uteri (*Wien med. Woch.* 1885, n° 48, p. 1466).
27. A. WÖFLER. Zur technik der supravaginalen amputatio uteri (*Wien med. Woch.*, 1885, n° 25, p. 793).
28. AUVARD. Traité de gynécologie, Paris, 1892.
29. DELAGÉNIÈRE. Chirurgie de l'utérus, Paris, 1898.
30. G. A. DIRNER. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 7, 1887.
31. CONDAMIN. De la péritonisation des pédicules abdominaux. *Lyon médical*, 29 avril 1894.
32. BOUILLY. Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 18.
33. TERRIER. Myomotomie et opération incomplète d'un kyste de l'ovaire. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, juin 1884.
34. POLAILLON. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, juin 1884.
35. VANVERTS. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, Paris, 13 novembre 1896.
36. JACOBS. *Annales de l'Institut St-Anne*, t. II, n° 1, 1898.
37. V. GRECO. *Le alterazioni degli annessi nei fibromiomi dell'utero*. Mémoire, Palerme, 1899.
38. TERRILLON. Laparotomie pour myomes utérins très volumineux. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1889.
39. ROUTIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, janvier 1889.
40. FOUQUET. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, 20 avril 1900, p. 418.
41. JACOBS. *Semaine gynécologique*, 1897, p. 337.
42. DOYEN. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1899, 2^e semestre, p. 226, rapport lu au Congrès d'Amsterdam.
43. LUYSS. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, Paris, 9 décembre 1898.
44. A. MARTIN. *Normandie médicale*, 15 août 1897.
45. E. EHRENDORFER. *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1899, vol. IX, n° 3, p. 301.

IV. Indications. Contre-indications.

46. VANVERTS. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, Paris, 13 novembre 1896.
 47. DEMONS. *Gazette hebdomadaire des sciences médic. de Bordeaux*, 1894, XV, p. 582-584.
 48. POTHERAT. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1893.
 49. QUÉNU. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 5 juin 1895.
 50. RICARD. Rapport au XIII^e Congrès français de chirurgie, Paris, 16 au 23 octobre 1899.
 51. VAUTRIN. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.
 52. OLSHAUSEN. *Handbuch der Gynäkologie*, dirigé par Veit, t. II, p. 607, Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1897.
 53. DELAGÉNIÈRE. Chirurgie de l'utérus, Paris, 1898.
-

ÉNUCLÉATIONS ABDOMINALES

PAR INCISIONS TRANS-UTÉRINES

pour fibromes interstitiels, sous-péritonéaux sessiles, sous-muqueux sessiles.

I. Définition. Synonymie. Historique.

1. P. DELBET. *Traité de chir.* de Duplay et Reclus, vol. VIII, p. 179.
2. LIZARS. Cité par S. Pozzi in *Traité de gynécol.*, 1897, et par Delagénère, *Chirurgie de l'utérus*, 1898.
3. DIEFFENBACH. Cité par Hegar et Kaltenbach. *Traité de gynécol. opératoire*, traduct. française de Bar, 1885, p. 344.
4. ATLEE, BAKER-BROWN, CUTTER, DEANE, MUSSEY, SMITH. Cités par S. Pozzi in *Traité de gynécol. clinique et opératoire*, Paris, 1897.
5. GRANVILLE. *Revue med. Transactions*, t. XXXIV, p. 94.
6. ATLEE et LANE. *Americ. Journ. med. Sciences*, vol. IX, avril 1845, p. 309.
7. CLAY, HEATH, BURNHAM. Cités par S. Pozzi in *Traité de gynécol.*, 1897.
8. G. KIMBALL. *Boston med. and Surg. J.*, mai 1855, t. LII, p. 249.
9. KœBERLÉ. Documents pour servir à l'histoire des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1864.
10. PÉAN. *Union médicale*, décembre 1869. Péan et Urdy : hystérotomie, de l'ablation totale ou partielle de l'utérus par la gastrotomie, Paris, 1873.
11. POZZI. De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus. Thèse d'agrégation, Paris, 1875.
12. SPENCER WELLS. Cité par Zweifel : Die Stielbehandlung bei myomectomie, p. 82. Cité par S. Pozzi, *Traité*, p. 328.
13. SPIEGELBERG. *Arkiv. für Gynäk.*, 1874, Bd IV, p. 340.
14. A. MARTIN. Naturforscherversammlung in Cassel, 1878. — *Deutsch medicin Wochenschrift*, 1880, n° 27, p. 357. — Verhandlungen der Gynæk. Section der 57 ten Versammlung deutscher Naturforscher, Magdeburg, 1884. — Ueber Myomoperationen in *Centralblatt für Gynäk.*, 1890, p. 797. — *Zeitschrift für Geburtshülfe*, 1890, vol. 20, s. 12. — Verhandlung der deutsch. Gesellsch. für Gynæk., Congress Breslau, 1893, s. 245.
15. MERICKE. *Zeitschrift für Gynäk.*, 1882, Bd 7, s. 418.
16. SCHRÖDER. Société de gynécologie de Berlin, mai 1883.
17. KÜSTNER. *Centralblatt für Gynäk.*, 1884, n° 1, p. 6.
18. HAGER. *Centralblatt für Gynäk.*, 1886, n° 40, p. 649.
19. NAGEL. *Centralblatt für Gynäk.*, 1886, n° 31, p. 497.
20. CZEMPIN. Société de gynécol. de Berlin, octobre 1886. *Zeitschrift für Geburt. und Gynäk.*, 1888, Bd XIX, Heft 1, p. 223.
21. VEIT. *Berliner klinik Wochenschrift*, 1887, n° 47, s. 753.
22. LEOPOLD. Soc. obstét. de Dresde, séance du 7 janvier 1886. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 10, 15, 17, 1886.
23. E. FRENKEL. *Breslauer Zeitschrift*, 1887, n° 4, et *Breslauer Zeitschrift*, 1888, n° 18.

24. H. W. FREUND. Zur Entfernung submucosen myome durch die Laparotomie. *Centralblatt für Gynäk.*, 1888, n° 49, p. 801.
25. LEITER. *Inaug. Dissert.* Iéna, 1889.
26. ASCHER. Zur Casuistik der Myomoperationen in *Zeitschrift für Geburtshülfe*, 1890, Bd 20, s. 305.
27. R. BUKOWSKI. *Centralblatt für Gynäk.*, 1890, s. 638.
28. SIMON JULES. *Münchener medic. Wochenschrift*, 1894, s. 661.
29. MULLER. Congrès de chirurgie de Berlin, 1895.
30. OLSHAUSEN. Die abdominal Myomoperationen. *Handbuch der Gynäk.*, dirigé par Veit, t. II, p. 607. Wiesbaden, 1897.
31. BLUM. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäk.*, 1896, Bd 35, s. 123.
32. BIERNER. *Centralblatt für Gynäk.*, 1897, n° 20, s. 563.
33. AMANN JUNIOR. *Achte Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäk.* Berlin, 1899
34. A. MARTIN. XIII^e Congrès international de médecine, section de gynécol., août 1900, Paris.
35. H. TREUB. *Nederland Tydsch. u. Ginec.* II. Part., 1885, p. 37, analysé in *Nouv. Arch. d'obstét. et de gynécol.*, 1887, répert., p. 20, et III^e Congrès international de gynécol. et d'obstét., 8-12 août 1899.
36. ALBERT. *Wiener medizinische Presse*, 1888, n° 16.
37. BANDL. *Wiener medizinische Blätter*, 1888, n° 33.
38. CHROBACH. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1894, n° 52.
39. SCHAUTA. Klinischer Bericht von 1000 Bauchhæklen Operationen von A. Hertzfeld, Wien, 1895, s. 62.
40. SCHULTZE. *Centralblatt für Gynäk.*, 1897, vol. 21, p. 137.
41. KRÉNLEIN. *Centralblatt für Gynäk.*, 1890, n° 48, p. 876.
42. VULLIET. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1894, vol. 42, p. 344.
43. GELSTRÖM. *St-Petersburger mediz. Wochenschrift*, 1883, n° 32.
44. OTTO ENGSTRÖM. *Mittheilungen aus der Gynäk.* Klinik des Profess. Otto Engström, Bd I, H. I, 1897, p. 135, et Congrès d'Amsterdam, *Semaine médicale*, août 1899.
45. WERDER. 24^e Congrès de chirurgie allemande, tenu à Berlin, 1895.
46. T. KEITH. *British med. Journal*, 10 décembre 1887.
47. A. SMITH. Académie de médecine irlandaise, 25 novembre. *British med. Journal*, 24 décembre 1898.
48. W. ALEXANDER. Soc. de gynécol. anglaise, 14 avril 1898. *British med. Journal*, 21 mai 1898, t. I, p. 1329.
49. BLAND SUTTON. Soc. de gynécol. anglaise, 14 avril 1898. *British med. Journal*, 21 mai 1898.
50. SMILY. Soc. de gynécol. anglaise, 14 avril 1898. *British med. Journal*, 21 mai 1898, t. I, p. 1329.
51. ALEXANDER. III^e Congrès d'Amsterdam, août 1899, in *Semaine médicale*, août 1899.
52. SINCLAIR. III^e Congrès de gynécol. d'Amsterdam, août 1899.
53. GILLES. III^e Congrès international de gynécol. et d'obstét., Amsterdam, août 1899.
54. H. KELLY. *The Journal of the american Association*, octobre 1897.
55. J. M. BALDY. *Rapport* lu au III^e Congrès de gynécol. et d'obstét., Amsterdam, août 1899.
56. STAVELY. *The americ. gyn. and obst. Journ.*, 1894, vol. IV, p. 667.
57. POLK. III^e Congrès triennal des médec. et chir. américains, tenu à Washington les 29, 30, 31 mai et 1^{er} juin 1894. Analysé in *Presse médicale*, 1894, p. XCV.
58. W. GOODELL. III^e Congrès triennal des médec. et chir. américains, tenu à Washington les 29, 30, 31 mai et 1^{er} juin 1894. Analysé in *Presse médicale*, 1894, p. XCV.
59. M. MANN. III^e Congrès triennal des médec. et chir. américains, tenu à Washington les 29, 30, 31 mai et 1^{er} juin 1894. Analysé in *Presse médicale*, 1894, p. XCV.
60. ETHERIDGE. *Journal of the americ. Associat.*, 1894, februar 3, n° 5.

61. DUDLEY. *The american gynecol. and obstetric. Journal*, New-York, 1891. *Boston med. and surgical Journal*, 1894, n° 12.
62. P. NOBLE. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1897, vol. 48. *The Journal of the americ. medic. Associat.*, 1897, octobre.
63. CALDERINI. XI^e Congrès international de médecine, Rome, 29 mars au 5 avril 1894, section de gynécol. et d'obstét.
64. VAUTRIN. Sur le traitement chirurgical des myomes utérins. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.
65. JABOULAY. *Lyon médical*, 15 novembre 1891, p. 374.
66. BOUILLY. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1890.
67. MARCHAND. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1890.
68. TERRILLON. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1890.
69. CHEVRIER. *Nouvelles archives d'obstét. et de gynécol.*, 1891, p. 201, 314, 364.
70. DOLÉRIS. Fibromes multiples de l'utérus, traités par l'énucléation sous-péritonéale, *Bulletin de la Société obstét.*, Paris, 1891.
71. JABOULAY. Énucléation par voie abdominale. *Médecine moderne*, 1893, n° 12.
72. TÉMOIN. *Archives provinciales de chirurgie*, 1896, p. 419. — *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 4 mars 1896. — XI^e Congrès français de chirurgie, Paris, 19 au 24 octobre 1896.
73. DIRIART. Traitement des fibromes par l'hystérectomie abdominale totale. Technique de Routier. *Thèse*, Paris, 1897.
74. CABOCHE. Hystérectomie abdominale totale (procédé de Doyen). *Thèse*, Paris, 1897.
75. FAURE. Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale par section médiane de l'utérus. *Presse médicale*, 1897, p. 237.
76. JAYLE. Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Revue de gynécol. et chir. abdominale de Pozzi*, 1897, p. 403.
77. MONPROFIT. XI^e Congrès français de chirurgie, Paris, 18 au 23 octobre 1897.
78. RICARD. Traitement des fibromes utérins. *Gazette des hôpitaux*, 1878; n° 83, p. 769.
79. DELAGÉNIÈRE. Chirurgie de l'utérus, Paris, 1898.
80. LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, Paris, 1898.
81. RICHELLOT. *Rapport lu au III^e Congrès de gynécol. et d'obstét.*, tenu à Amsterdam, août 1899.
82. RICARD. *Rapport lu au XIII^e Congrès français de chirurgie*, Paris, octobre 1899.
83. BLANC. Ablation de 7 fibromes utérins par voie abdominale avec conservation de l'utérus. *Loire médicale*, 15 avril 1899.
84. PAUCHET. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 1899, 10 septembre, p. 289.
85. LONGUET. De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins. *Progrès médical*, 1899, n°s 29, 30.
86. LONGUET. De l'électrocontracture hémostatique appliquée à la chirurgie conservatrice des fibromes. Myomœnucléation. *Semaine gynécologique*, 1899, p. 401.
87. TUFFIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 13 juin 1900 et 18 juillet 1900.
88. FERENDINOS. *Thèse* de Paris, 1900.
89. ZWIBEL. Énucléation abdominale dans le traitement des fibromes. *Thèse*, Paris, juin 1900.
90. GUNSBURG. Contribution à l'étude de l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale. *Thèse*, Paris, 1900, n° 266.
91. VICT. MORINIÈRE. Myomectomie abdominale. *Thèse*, Paris, 1900.
92. TÉMOIN. XIII^e Congrès international de médecine, section de gynécol., Paris, août 1900.
93. MONPROFIT, TUFFIER, POZZI. XIII^e Congrès international de médecine, section de gynécol., Paris, août 1900.

II. Technique opératoire.

94. PHÉNOMÉNOFF. *Wratch*, 18 octobre 1897, n° 51.
95. LAPHORN SMITH. *Annals of Gyn. and Pæd.*, 1897, vol. X, p. 464.
96. KÆBERLÉ. Congrès international des sciences médic. tenu à Copenhague, 1884, 8^e session.
97. CHEVRIER. *Nouvelles archives d'obstét. et de gynécol.*, 1891, p. 201, 314, 364.
98. FRITSCH. *Presse médicale*, 1896, trad. de la communication faite par Fritsch à la section d'obstét. et de gynécol. de la LXVIII^e réunion des naturalistes et médecins allemands, tenue à Francfort-sur-le-Mein, du 21 au 26 septembre 1896.
99. QUÉNU. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, novembre 1900.
100. JONNESCO. *Presse médicale*, 1900, p. 277.
101. DESFOSSES. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale de Pozzi*, 1900.
102. GUBAROFF. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1900, mai, p. 333.
103. JAYLE. *Presse médicale*, 1899, 15 février, p. 79, et *Presse médicale*, 1898, 22 juin, n° 52, p. 336.
104. TUFFIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 13 juin 1900. — *Presse médicale*, 15 novembre 1899. — *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 29 novembre 1899. — *Semaine médicale*, 16 mai 1900. — *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale de Pozzi*, 1900, n° 4, p. 683. — *Presse médicale*, 7 novembre 1900. — L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. N° 24 de l'*Œuvre médic. chir.*
105. CADOL. L'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. *Thèse*, Paris, 1900.
106. PITESCI, SEVEREANU. XIII^e Congrès international de médecine, tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.
107. LEGUEU et KENDIRDJY. *Presse médicale*, 27 octobre 1900.
108. PÉDEPRADE. *Thèse*, Paris, mars 1901.
109. OLLIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 8 mai 1895, Paris.
110. GROUBE. *Bibliotheca Wratcha*, 1897, n° 1, p. 29.
111. BUDINGER. Paralysies consécutives à l'anesthésie générale. *Arkiv. für klinik Chir.* 1894, vol. XLVII.
112. PLACSEK. Paralysies post-anesthésiques. *Berlin. klin. Wochens.*, 1^{er} avril 1895, p. 286.
113. ROSENBERG. *Berlin. klinik. Wochenschrift*, 7 et 14 janvier 1895.
114. ALEXEIEFF. *Wratch*, n° 28 et 29, 1896.
115. LANGLOIS et MAURANGE. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 5 juin 1895.
116. SOKOLOFF. *Wratch*, 1899, n° 19, p. 539.
117. LANGLOIS. *Presse médicale*, 11 septembre 1897.
118. VIDAL. Influence chlorof. sur les phénomènes chimiques de l'organisme. *Thèse*, Paris, 1897.
119. BANDLER. *Mittheil. aus d. Grenzgebiet. d. Mediz. u. Chir.*, 1896, vol. I, n° 3, p. 303.
120. R. COLEMAN KEMP. *The New-York med. Journ.*, 1899, p. 733, 765, 804.
121. ALCÉE DURRIEUX. *Journal des Praticiens*, mai 1901.
122. PONCET. *Lyon médical*, 13 janvier 1895.
123. A. MARTIN. *Naturforscherversammlung in Cassel*, 1878.
124. KLEBERG. *St-Petersburg med. Woch.*, 1877, p. 333.
125. S. POZZI. Note sur la technique de la ligature élastique du pédicule. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 28 novembre 1883, et Congrès français de chirurgie, Paris, 1885, *Comptes rendus*.
126. TILLAUX. *Traité de chirurgie clinique*, 1897, t. II, p. 225.

127. DELAGÉNIÈRE. Chirurgie de l'utérus, Paris, 1898.
128. DUPLAY. In *Thèse de Ferendinos*, Paris, 1900.
129. RICARD. In *Thèse de Gunsbourg*, Paris, 1900.
130. TUFFIER. In *Thèse de Zwibel*, Paris, 1900.
131. CLADO. In *Thèse de Ferendinos*, Paris, 1900.
132. BLANC. *Loire médicale*, 15 avril 1899.
133. LONGUET. *Progrès médical*, 29 juillet 1899.
134. FAURE. *Presse médicale*, 1897, p. 237.
135. LONGUET. *Semaine gynécologique*, 1899, p. 401.
136. JACOBS. L'électro-hémostase. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale de Pozzi*, 1899, p. 721.
137. MORESTIN. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 16 novembre 1900.
138. CLAISSE. Recherches sur le développement des fibromes. *Thèse*, Paris, 1900.
139. FREUND. *Centralblatt für Gynäk.*, 1888, n° 49, p. 801.
140. GUNSBURG. *Thèse*, Paris, 1900, n° 266.
141. EHRENDORFER. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, 20 avril, n° 16, p. 433.
142. ROGER. Rôle protecteur de l'épiploon. *Société de biologie*, 19 février 1898.
143. DARTIGUES. De l'incision cruciale et de la suture transversale sus-pubienne cachée par les poils dans la laparotomie médiane. *Presse médicale*, 4 octobre 1899.
144. DEPAGE. *Annales de la Société belge de chirurgie*, 15 juin 1894.
145. VAUTRIN. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1898.
146. WINTER. *Centralblatt für Gynäk.*, 1899, n° 39, p. 1190.
147. FERRONI. *Annali di ostetricia e ginecologia di Milano*, 1899, n° 4, p. 342.
148. FROMMEL. *Centralblatt für Gynäk.*, 1898, n° 22, p. 577.
149. O. BLOCH. *Nordiskt medicinsk. Arkiv.*, 1898, n° 6.
150. ALBERT. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 39, 1888.
151. DURET. Congrès de gynécol., d'obstét. et de pædiatrie, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895. Lire aussi : *Journal des Sciences médicales de Lille*, 9 mars 1901.
152. POMPE VAN MEERDERVOORT. *Ned. Tydschrift voor Verloskunde en Gynécologie*, Aff. I, 1897.
153. EHRENDORFER. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, 20 avril, n° 16, p. 433.
154. LAPHORN SMITH. *Annals of Gynec. and Pædiat.*, 1897, vol. X, p. 464.
155. DEBOVE. Société médicale des hôpitaux, 22 mars 1895.
156. PILLON. *Presse médicale*, 1897, p. 138.
157. AUCHÉ et CHAVANNAZ. *Revue de gynécol. et de chir. abdom. de Pozzi*, 1899, p. 405.
158. REBREYEND. *Revue de gynécol. et de chir. abdom. de Pozzi*, 1900, p. 91.
159. S. POZZI. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 4 décembre 1895.
160. BATIGNE. Traitement chirurgical de l'infection péritonéale post-opératoire précoce chez la femme. *Thèse*, Paris, 1898.
161. T. WYDER. *Samml. klin. Vorträge*, février 1896, n° 146.

III. Indications. Contre-Indications.

162. HAGER. *Centralblatt für Gynäk.*, 1886, n° 40, p. 649.
163. MULLER. Congrès de chirurgie de Berlin, 1895.
164. BLANC. *Loire médicale*, 15 avril 1899.
165. LEOPOLD. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 10, 15, 17, 1886.
166. ASCHER. *Zeitschrift für Geburtshülfe*, 1890, Bd 20, s. 305.
167. GELSTRÖM. *St-Petersb. mediz. Wochenschrift*, 1883, n° 32.

168. MARTIN. Voir publicat. énumérées plus haut au n° 14.
169. BUKOWSKY. *Centralblatt für Gynäk.*, 1890, s. 638.
170. TÉMOIN. *Archiv. provinc. de chirurgie*, 1896, p. 419.
171. BANDL. *Wiener medizinische Blätter*, 1888, n° 33.
172. ALEXANDER. *British med. Journ.*, 21 mai 1898, t. I, p. 1329.
173. AMMAN. *Achte Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäk.*, Berlin, 1899.
174. KRONLEIN. *Centralblatt für Gynäk.*, 1890, n° 48, p. 876.
175. RICARD. Thèse de Gunzbourg, Paris, 1900.
176. ENGSTRÆM. *Mitteilungen aus der Gynäk.* Klinik des Profess. Otto Engstræm, Bd I, H. I, 1897, p. 135.
177. DOYEN. Rapport lu au III^e Congrès international de gynéc. et d'obstét., Amsterdam, 8 au 12 août 1899.
178. BOUGLÉ. *Bulletin de la Société anatomique*, 27 juillet 1900, p. 761.
179. RICARD. In Thèse de Gunsbourg, Paris, 1900, n° 266.
180. ZWIBEL. Thèse, Paris, juin 1900.
181. KRUKENBERG. *Arkiv. für Gynäk.*, Bd XXVIII, Hft 3, 1887, analysé in *Nouv. arch. d'obstét. et de gynécol.*, 1887, p. 575.
182. DELAGÉNIÈRE. Chirurgie de l'utérus, 1898.
183. LEGUEU. In Labadie-Lagrave et Legueu, Traité de gynécol., 1898.
184. BALDY. Rapport au III^e Congrès de gynécol. et d'obstét., Amsterdam, août 1899.
185. DARTIGUES. *Bulletin de la Société anatomique*, 29 avril 1898.
186. OBALINSKY. Zur Wahl des Operationsverfahrens bei Uterusfibromen. *Wiener Klinik*, 1894, II. 12.
187. BONNET. Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation abdominale et à l'hystérectomie; *Archives de tocologie*, juillet 1891.
188. MICHEL. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale de Pozzi*, 1900, n° 4, p. 627.
189. TERRIER. Congrès français de chirurgie, Paris, 1899, p. 55.
190. TREUB. III^e Congrès de gynécol. et d'obstét., Amsterdam, 1899.
191. BOUILLY. Congrès français de chirurgie, Paris, 1899, p. 78.
192. LEGUEU. Congrès français de chirurgie, Paris, 1899, p. 217.
193. A. MARTIN. *Centralblatt für Gynäk.*, 1890, p. 797, et *Zeitschrift für Geburts.*, 1890, vol. 20, s. 12.
194. CHEVRIER. *Nouvelles archives d'obstét. et de gynécol.*, 1891, p. 201, 314, 361.
195. LONGUET. *Progrès médical*, 29 juillet 1899.
196. FERENDINOS. Thèse, Paris, 1900.
197. ZWIBEL. Thèse, Paris, 1900.
198. DELAGÉNIÈRE. Chirurgie de l'utérus, Paris, 1898.
199. LEGUEU. Traité de gynécol. de Labadie-Lagrave et Legueu, 1898.

ÉNUCLÉATIONS ABDOMINALES PAR INCISION PARA-UTÉRINE OU TRANS-LIGAMENTAIRE

I. Définition. Synonymie.

1. GRIFFON. Fibro-myome aborigène du ligament large. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1899.
2. FRÉMY. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, Paris, 1868.

3. BOUSSI. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, Paris, 1878.
4. SÄNGER, BILFINGER, TÉDENAT. Cités par Griffon, *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1899.
5. WIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*, traduction française, 1871, t. III, p. 412.

II. Historique.

6. TERRIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1883, p. 868.
7. KUSTER. *Centralblatt für Gynæk.*, 1884, n° 1, p. 6.
8. HOFMEIER. *La myomotomie*, Stuttgart, Ferd. Euke, 1886.
9. HEGAR et KALTENBACH. *Traité de gynécologie*, traduct. franç. de Bar, 3^e édit., p. 498.
10. HOWARD A. KELLY. *Americ. Journ. of Obstet.*, janvier 1886, p. 44.
11. A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 290, 1887.
12. TAUFFER. In G. A. Dirner : *Zur Frage der Stielversorgung* (*Centralblatt für Gynæk.*, 1887, n° 7 et 8).
13. S. POZZI. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 18 décembre 1889, p. 786.
14. SÄNGER. *Zur Oper. von Cervix myomen durch die Laparotomie*. Soc. gyn. de Leipzig (*Centralblatt für Gynæk.*, 1889, n° 12, p. 127).
15. LANG. *Thèse de Nancy*, 1892.
16. VAUTRIN. *IX^e Congrès français de chirurgie*, Paris, 21 au 26 octobre 1895.
17. PAUCHET. *Société médic. de Picardie*, novembre 1897.
18. PETROFF. *Modifications techniques dans les interventions sur les ligaments larges* (*Wratch*, 1899, n° 15).

III. Technique opératoire.

19. S. POZZI. *Traité de gynécologie*, 3^e édition, 1897.
20. LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1898.
21. PAUCHET. *Société médicale de Picardie*, novembre 1897.
22. A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 200, 1897.
23. SCHREDER. Cité par Delagénère in *Chirurgie de l'utérus*, 1898.
24. HOFMEIER. *La myomotomie*, Stuttgart, Ferd. Euke, 1886. Analysé in *Nouvelles Archives d'obstét. et de gynécol.* 1886, p. 359.
25. GOULLIQUÉ. Communication au Congrès d'Amsterdam, reproduite in *extenso* in *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1899, p. 154, 1^{er} semestre.
26. LANDAU. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1899, n° 2, p. 39.
27. PETROFF. *Wratch*, 1899, n° 15.
28. BLUMENTHAL. *Munch. med. Wochenschrift*, 1878, n° 31, p. 992.
29. GOULLIQUÉ. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1899, p. 154, 1^{er} semestre.

IV. Indications. Contre-indications.

30. S. POZZI. *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 18 décembre 1889, p. 786.
 31. GUINARD. *Congrès français de chirurgie*, VII^e session, 3-8 avril 1893, Paris.
 32. PAUCHET. *Société médicale de Picardie*, novembre 1897.
 33. VAUTRIN. *IX^e Congrès français de chirurgie*, Paris, 21 au 26 octobre 1895.
-

POLYPECTOMIE VAGINALE AVEC OU SANS MORCELLEMENT

I. Définition. Historique.

1. SCHWARTZ. Polypes intra-utérins. Opération en deux temps. *Revue d'obstét. et gynéc.*, décembre 1886.
2. DECORNIÈRE. Expulsion d'un polype fibreux de l'utérus. Routier, rapporteur. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris 1893.
3. SCHABOTINSKY. *Société obstét. et gynécol. de Saint-Petersbourg*, séance du 25 septembre 1887 (*Wratch*, n° 40, p. 829). Analysé in *Nouvelles archiv. d'obst. et gyn.*, 1887, répertoire p. 135.
4. LEBEDIEFF. *Ibidem*.
5. GALLARD. Traitement des polypes fibreux de l'utérus. *Revue d'obst. et gynécol.*, janvier 1887.
6. KRASSOWSKI. *Société obstét. et gynécol. de Saint-Petersbourg*, séance du 16 octobre 1886, n° 43, p. 778.
7. WARNOT. *Journal de médecine de Bruxelles*, 5 février 1887.
8. GUÉNIOT. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1881, p. 1248, 1289, 1375.
9. TRÉLAT. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1881, p. 1298.
10. PHOCAS. *Études de gynécologie opératoire*, 1900.
11. VELPEAU et CHASSAIGNAC. *Bulletin de la Société anatomique*, 1833, p. 113.
12. SIMON. *Monatschrift*, vol. XX, p. 25.
13. HEGAR. *Hegar et Kaltenbach*, traduction française par Bar, p. 414, 1885.
14. KÆBERLÉ, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1888, n° 4.
15. HEYWOOD SMITH et BARNES. *Transact. of the obstet. Societ. of London*, 1881, vol. XXIII, p. 233.
16. O. LARCHER. Contribution à l'histoire des polypes fibreux à apparitions intermittentes. *Archives de médecine*, 1867, vol. I, p. 39 et 193.
17. POZZI. Étude sur une variété clinique de polypes fibreux de l'utérus (énormes polypes). *Revue de chir.*, 1885, p. 113.
18. SECHÉYRON. *Traité de l'hystérotomie et de l'hystérectomie*, Paris, 1889.
19. BOUILLY. *Bulletin et mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1890.
20. PICQUÉ. *Société de chirurgie, Bullet. et mémoires*, 1893.
21. MARCHAND. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1893.
22. REYNIER. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1893.
23. POTHERAT. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1893.
24. LONGUET. *Progrès médical*, juillet 1899.
25. M^{lle} GUNSBURG. *Thèse*, Paris, 1900.
26. BUFFET. Polypes fibreux utéro-vaginaux sphacelés. Rapport de Lejars, *Société de chirurgie*, Paris, 30 mars 1898.
27. ROUTIER, RICARD, BOUILLY, POZZI, QUÉNU, POTHERAT, TUFFIER. *Société de chirurg.*, 30 mars 1898.
28. DENUCÉ. *Traité clinique de l'inversion utérine*, Paris, J.-B. Baillière, 1883.
29. POLAILLON. Inversion complète de l'utérus déterminée par un polype. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 1884.
30. PONCET. *Société de chirurgie de Paris, Bulletin et mém.*, 1886.
31. ROUTIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 30 mars 1898.

32. ALEXANDER. Zur Inversion des Uterus durch Geschwülste. (*Archiv. für Gynäk.*, 1899, Bd. 58.)

II. Technique opératoire.

33. DOLÉRIS et PICHEVIN. *Pratique gynécologique*, Paris, 1896.
34. F. COGREL. *Thèse*, Paris, novembre 1896.
35. POZZI. *Traité de gynécologie*, 3^e édit., p. 298.
36. PHOCAS. *Études de gynécologie opératoire*, 1900.
37. LONGUET. *Progrès médical*, juillet 1899.
38. TANDLER. Ein fall von Porro'scher supravaginaler Amputatio Uteri in Folge unstabiler Blutungen mit glücklichem Ausgange. (*Münch. med. Woch.*, 1897, 9 fév., n° 6, p. 140.)
39. TERRIER et REYMOND. Fibromes utérins à pédicules multiples. *Revue de chirurgie*, avril 1900, p. 489.
40. GRAVERRY. *Progrès médical*, 16 juillet 1887.
41. NAGEL. *Centralb. f. Gynäk.*, n° 31, 1886.
42. FRAIPONT. *Société médicale de Liège*, séance du 1^{er} avril 1886.
43. SEGOND. Cité par Secheyron, dans son *Traité de l'hystérotomie*, 1889.
44. BUFFET. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 30 mars 1898.
45. JOUIN. *Société obstét. et gynécol. de Paris*, séance du 10 février 1887.
46. JOHN PHILIPS. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1899, p. 209.
47. PAPOFF. *Société médico-chir. de St-Petersbourg*, 1895.
48. POLAILLON. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1884.
49. SÄNGER. *Centralb. f. Gynäk.*, 1892, p. 748.
50. LEJARS. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 30 mars 1898.
51. MORESTIN. *Société anatomique*, 9 mars 1900.
52. BOURSIER. *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 10 mai 1897.

III. Indications. Contre-indications.

53. LONGUET. *Progrès médical*, juillet 1899.
54. LEJARS. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 30 mars 1898.
55. KEBERLÉ. *Nouvelles archives d'obstét. et de gynécol.*, 1888, p. 160.

ÉNUCLÉATION VAGINALE AVEC OU SANS MORCELLEMENT PAR HYSTÉROTOMIE CERVICO-VAGINALE UNI OU BILATÉRALE

I. Définition. Historique.

1. VELPEAU et CHASSAIGNAC. *Bulletins de la Société anatomique*, 1833, p. 113.
2. AMUSSAT. *Revue de médecine*, août 1840. — Mémoire : « Sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice et sur la possibilité de les extirper lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe. » Paris, 1842.
3. JARJAVAY. « Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus ». *Thèse d'agrégation*, Paris, 1850.

4. GUYON. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1860.
5. ATLEE. *American Journal of med. Sciences*, avril 1845 (2^e série, t. IX, p. 309). — « *The surgical treatment of certain fibroid tumors of the uterin helerefore considered beyond the ressources of art.* » Philadelphie, 1853. — *Americ. Journ. of med. Sciences*, octobre 1856, t. XXXII, p. 363.
6. BAKER-BROWN. *Obstetrical transactions*, Londres, 1862, t. III, p. 67-79.
7. DUNCAN. *Edimburg medic. Journal*, janvier et février 1867, t. XII, 2^e partie, p. 628 et 706.
8. WEST. « *Maladies des femmes* ». Traduction de Mauriac, 1870, p. 352.
9. MARION SIMS. *New-York med. Journal*, avril 1874, t. XIX, p. 537.
10. MANNEL. *Prager Viertel jahr eschrift*, 1871, n° 29.
11. GOODEL. *Philadelphia medical Times*, 24 mars 1883, vol. XIII, n° 400, p. 435.
12. MUNDÉ. Soc. obstét. de New-York, séance du 17 novembre 1885. — *Americ. Journ. of Obstet.*, décembre 1885. — *Americ. Journ. of Obstet.*, 1887.
13. C. BRAUN. *Wiener medicin. Wochenschrift*, 1874, n° 39-41.
14. A. MARTIN. *Zeitschrift für Geburt.*, 1876, p. 143.
15. HEGAR et KALTENBACH. « *Gynécologie opératoire* », traduite par Bar, Paris, 1886.
16. LOMER. Ueber die Enucleation der Myom. (*Zeitschrift für Geburt. und Gyn.*, 1883, Bd IX, p. 293).
17. MICKULICZ. *Przeegl-Leck*, n° 2 et 3. Compte-rendu in *Wratch*, n° 5, p. 76, 1883.
18. SCHROEDER. « *Maladies des organes génitaux de la femme* », traduit par Lauwers, 1884.
19. GUSSEROW. *Die Neubildungen des Uterus*, 1885, p. 90.
20. CHROBACH. *Centralblatt für Gynäk.*, 1885, p. 115.
21. ASCHER. Zur Kasuistik der Myomoperationen (*Zeitschrift für Geburt und Gyn.*, 1890, Bd XX, Heft 2, p. 307).
22. LEOPOLD. *Archiv. für Gynäk.*, 1890, vol. XXXVIII, t. I.
23. BRAUN. Cité par S. Pozzi, *Traité de gynécol. clinique et opératoire*, 3^e édit., p. 216.
24. LIYOCIS. Dissertation inaugurale, Zurich, 1878.
25. VULLIET. Contribution à l'étude du traitement des fibro-myomes utérins intra-pariétaux de petites et moyennes dimensions. *Arch. de tocologie*, février 1885, p. 336. — Nouveau moyen de dilatation permanente de la matrice. Communication à la Société de médecine de Genève, 1886. Analysé in *Archives d'obstét. et de gynécol.*, 1886, p. 20 du répertoire. — De la dilatation de l'utérus par le procédé des obturations progressives. *Nouv. Arch. d'obstét. et de gynécol.*, 1887, p. 466.
26. EDIS, AVELING, ROUTH, BARNES, BANTOCK. Soc. de gynécol. anglaise, séance du 9 décembre 1885 (*British med. Journ.*, 16 janvier 1886).
27. BRICHETTI. *Gazetta delle cliniche*, 1881, p. 81.
28. INVERARDI. *Gazetta delle cliniche*, 21 septembre 1886.
29. MANCUSI. *Annali di Ostet. e Gin.*, avril, mai, juin 1887.
30. A. J. KRASSOWSKI. Soc. de chirurgie russe de Pirogoff, 18 mars 1887, in *Wratch*, n° 11, p. 299, 1887.
31. SWIECICKI. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 23, 1887.
32. P. BROCA. *Traité des tumeurs*, Paris, 1869.
33. S. POZZI. « Sur la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus ». *Thèse d'agrégation*, Paris, 1875.
34. DEZANNEAU. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 11 janvier 1882.
35. TRÉLAT, GUÉNIOT, GUYON, M. SÉE. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 11 janvier 1882.
36. S. POZZI. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1884.
37. RENDU. Soc. des sc. médic. de Lyon, séance du 10 novembre 1886. *Nouv. archives d'obstét. et de gynécol.*, 1887, p. 13.

38. WEISS. *Revue médicale de l'Est*, 1887. Cité in *Nouv. arch. d'obstét. et de gynécol.*, 1887, répert., p. 18.
39. DURET. *Journal des sciences méd. de Lille*, août 1889.
40. LEVRAT. *Congrès français de chirurgie*, 8^e session, Lyon, octobre 1894.
41. EMMET. *The principles and practice of Gynecology*, 3^e édition, Londres, 1885, p. 587 et suiv.
42. PÉAN. « De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus ». (*Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 636). — « Du morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses et cancéreuses » (*Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 66). — « Ablation des tumeurs fibreuses ou myomes de l'utérus par voie vaginale » (*Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 250). — « Ablation par morcellement des fibromes par voie vaginale » (*Gazette des hôpitaux*, 5, 28 mars et 11 avril 1889, p. 336, 341, 395).
43. SECHEYRON. De l'hystérotomie vaginale, étude sur le traitement chirurgical des fibromes et des kystes de l'utérus par voie vaginale, Thèse, Paris, 1888, et *Traité de l'hystérotomie et de l'hystérectomie*, Paris, 1889.
44. LARRIVÉ. *Journal de médecine de Paris*, 30 octobre 1887, p. 549.
45. TERRILLON, BOUILLY, CHAMPIONNIÈRE, P. SEGOND, S. POZZI, TERRIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1889.
46. MARCHAND. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1893.
47. CARLE. XI^e Congrès international de médecine, tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.
48. J. M. LWOFF. *Wralch*, 1897, n° 23, p. 617.
49. PIOLLET. *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, n° 14, 1899.
50. GILLES, SINCLAIR, ALEXANDER. III^e Congrès international de gynécol. et d'obstét., tenu à Amsterdam du 8 au 12 août 1899.
51. DOLÉRIS, SEGOND. Citée par Secheyron in *Traité d'hystérotomie*, etc., Paris, 1889.
52. P. SEGOND. Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, 4 mai 1900.
53. DOLÉRIS, SCHWARTZ, POZZI. Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, 4 mai 1900.
54. DARTIGUES. The enucleation of interstitial Fibromyomata by cervico-vaginal hysterotomy in *The medical chronicle*, Manchester, may 1900, 3rd series, vol. 3, n° 2, p. 90.
55. MALARTIC. Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, 6 juillet 1900.
56. P. SEGOND. XIII^e Congrès international tenu à Paris, section de gynécologie, séance du 4 août 1900.
57. LE BEC. XIII^e Congrès international tenu à Paris, section de gynécologie, séance du 8 août 1900.

II. Technique opératoire.

58. PINARD. *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, 1900, et XIII^e Congrès international de médecine de Paris, août 1900, section d'obstétrique.
59. MOUREN, SEDAN, PLATON, COCHE. XIII^e Congrès international, Paris, août 1900, section d'obstétrique.
60. L.-CHAMPIONNIÈRE. *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 6 décembre 1898.
61. PLATON. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, janvier 1900, p. 34.
62. LEJARS. Traitement des plaies infectées. Rapport au XIII^e Congrès international de médecine, Paris, août 1900, section de chirurgie.
63. LEOPOLD. *Archiv. für Gynäk.*, 1896, Bd LII, p. 497.
64. BERTINO. *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1899, p. 833.
65. KARCHERY. *Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, 1899, n° 37, p. 1178.
66. CARNOT. *Presse médicale*, 1898, p. 295.

67. P. SEGOND. *Bulletin et mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1898, t. XXIV, n° 20, p. 603.
68. SPANTON. Cité par Segond in *Thèse d'agrégation*, 1883, Paris.
69. DARTIGUES. Étude sur les sutures autoplastiques et les sutures à fils temporaires non perdus, etc., etc., in *Revue de gynécol. et de chirurgie abdom. de Pozzi*, 1900, p. 713.
70. CH. MONOD. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1886.
71. P. SEGOND. Comptes rendus de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* de Paris, 4 mai 1900. — Congrès international de médecine tenu à Paris en août 1900. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1900, t. LIV, p. 311.
72. LONGUET. Comptes rendus de la section de gynécologie au XIII^e Congrès international de médecine, tenu à Paris en août 1900. *Progrès médical*, août 1900.
73. MANCUSI. *Annali di ostetricia e ginecologia*, avril, mai, juin 1887.
74. DOLÉRIS. Comptes rendus de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* de Paris, séance du 4 mai 1900.
75. LE BEC. XIII^e Congrès international de médecine tenu à Paris en août 1900. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1900, t. LIV, p. 419.
76. GOODELL. *Philadelphia med. Times*, vol. XIII, n° 400, p. 435, 24 mars 1883.
77. S. POZZI. *Traité de gynécologie*, 3^e édition, p. 310.
78. PETIT, BONNET. *Société obstét. et gynécolog.*, 14 décembre 1895.
79. QUÉNU. *Semaine gynécologique*, 1896; *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 30 mars 1898; *Presse médicale*, 1898, p. 140.
80. RENDU. Société des sc. médic. de Lyon, décembre 1885. *Lyon médical*, 17 janvier 1886.
81. MUNDÉ. *Americ Journ. of Obstet.* Analysé in *Nouv. Arch. d'obstét. et de gynécol.*, 1888, répertoire, p. 35.
82. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1889.
83. MICKULICZ. *Przegl. Leck*, n° 2 et 3. Compte rendu in *Wratch*, n° 5, p. 76, 1883. Analysé par le Dr Schreider in *Revue de chirurgie*, Paris, 1884, p. 315.
84. G. GELLI. Rétroverso-flexion de l'utérus par fibrome utérin. *Annali di ostet. e ginecol.* n° 3, 1888.
85. SCHRÖDER. Soc. obstétric. de Berlin, séance du 11 décembre 1885. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 4, 1886.
86. H. BERNARD. Fibro-myome utérin calcifié : pierre utérine (*Bulletin de la Société anatomique*, 1899, p. 198).
87. MARCHAND. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1893.
88. PIOLLET. *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, n° 14, 1899.
89. MUNDÉ. Soc. obstét. de New-York, séance du 17 novembre 1885. *Americ. Journ. of Obstet.*, décembre 1885.
90. SWIECICKI. *Centralblatt für Gynäk.*, n° 23, 1887.
91. DELESTRE. Fibrome utérin sphacélé; abcès miliaires du foie et du rein. *Bulletins de la Société anatomique*, 18 mars 1898.
92. AGOSTINI. Sphacèle des fibro-myomes utérins. *Montpellier médical*, novembre 1885.
93. MÉNIÈRE. Fibromes utérins; inflammation. *Gazette gynécol.*, n° 49-51, 1888.
94. VAUTRIN. Du sphacèle des fibromes interstitiels de l'utérus. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1898, p. 89.
95. PÉAN. Cité par Secheyron. Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale, Paris, 1889, p. 172.
96. MUNDÉ. Soc. obstét. de New-York, séance du 6 avril 1886. *Americ Journ. of Obstet.*, juin 1886.
97. L. FOURNEAUX. Des injections sous-cutanées massives de solutions salées. *Thèse de Paris*, décembre 1896.
98. E. VIGOUR. Étude sur les principales indications thérapeutiques des injections intra-veineuses du sérum physiologique. *Thèse de Paris*, 1897.
99. REYNIER. *Société de médecine et de chirurgie pratiques*, 20 mai 1897.

100. LÉPINE. *Société des sciences médicales de Lyon*, 12 juillet 1894.
101. VAUTRIN. *Société de médecine de Nancy*, 10 février 1897.
102. LARRIVÉ. *Journal de médecine de Paris*, 30 octobre 1887, p. 549.
103. KRASSOWSKI. *Société de chirurgie russe de Pirogoff*, in *Wratch*, n° 14, p. 299, 1887.
104. DEZANNEAU. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 11 janvier 1882.
105. DASTRE et FLORESCO. Soc. de biologie, février 1896, et *Archives de physiologie*, avril 1896.
106. P. CARNOT. De l'hémostase par la gélatine. *Presse médicale*, 1897, p. 166.
107. BERTINO. *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1899, p. 833.
108. J. A. LACHATRE. De l'emploi de la gélatine dans les métrorrhagies. *Thèse*, Paris, 1898.
109. P. CARNOT. Indications et contre-indications de l'hémostase par la gélatine. *Presse médicale*, 1898, p. 295.

III. Indications. Contre-indications.

110. A. DOLÉRIS. Énucléation des fibromes utérins par la voie vaginale. Reproduction de nouvelles tumeurs. *La Gynécologie*, décembre 1900, p. 481.
111. S. POZZI. *XIII^e Congrès international de médecine*, section de gynécologie, Paris, août 1900.
112. CHEVRIER. Mémoire paru dans les *Arch. d'obstél. et de gynécol.*, 1891, pp. 201, 314, 364.
113. LONGUET. Comptes rendus du Congrès international, section de gynécol. *Progrès médical*, août 1900.
114. J. V. D'HERBÉCOURT. De la voie vaginale sans hystérectomie. *Thèse*, Paris, 1900.
115. MACKENRODT. *Zeitschrift für Geburt. und Gyn.*, 1896. Bd XXXLV, Hft 2, p. 348.
116. ROSENSTEIN. *Centralblatt für Gynäk.*, 25 septembre 1897.
117. PICHEVIN. Opérations conservatrices. *Semaine gynécologique*, 13 novembre 1900.
118. ZWIBEL. *Thèse*, Paris, juin 1900.
119. TUFFIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, juillet 1900.
120. WERTH; GOTTSCHALK; LEOPOLD. 67^e Congrès des Assoc. allem. de médecins et naturalistes, 1896.
121. CORNIL et CARNOT. Réparation des canaux et cavités. *Presse médicale*, 1898, p. 217.
122. S. POZZI. *Traité de gynécologie*, 3^e édit., Paris, 1897.
123. BOUILLY. *XI^e Congrès français de chirurgie*, Paris, 18-23 octobre 1897.
124. P. SEGOND. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* de Paris, 4 mai 1900.

HYSTÉROTOMIE MÉDIANE ANTÉRIEURE OU POSTÉRIEURE PAR VOIE VAGINALE

I. Définition.

1. GANNAT. De l'hystérotomie médiane vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux. *Thèse*, Paris, 1897.
2. GUNSBOURG. Contribution à l'étude de l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale. *Thèse*, Paris, 1900, n° 266.

II. Historique.

3. EUGÈNE BOKEL. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1885, n° 3, p. 31.
4. DOYEN. *Archives provinciales de chirurgie*, 1892, 1893. *Congrès de Genève*, 1896. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, août et septembre 1899.
5. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1898. *Statistique*, de 1893 à 1894, p. 6.
6. LONGUET. *Progrès médical*, n° du 22 juillet 1899.
7. J. VEIT. *Centralblatt für Gynäk.*, 1894, p. 263. — Société obstétric. de Berlin, juin 1894, analysé dans la *Presse médicale*, 1894, LXXXIV. — *Semaine gynécologique*, 1896, p. 204. — *Handbuch der Gynäkologie*, t. II, p. 447, Wiesbaden, J. F. Beyman, 1897.
8. MARTIN. VI^e Congrès de la Société allemande de gynécologie, tenu à Vienne du 5 au 7 juin 1895.
9. BOUILLY. IX^e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895.
10. SEBILEAU. *Gazette médicale de Paris*, 9 janvier 1897.
11. SCHWARTZ. *Semaine gynécologique*, 24 novembre 1896. — *Comptes rendus de la Société d'obstét., de gynécol. et de pædiatrie*, 1900.
12. GANNAT. *Thèse de Paris*, 1897.
13. RICARD. Traitement des fibromes utérins, *Gazette des hôpitaux*, 1898.
14. LONGUET. *Progrès médical*, 22 juillet 1899.
15. GUNSBOURG. *Thèse*, Paris, 1900, n° 256.

III. Technique opératoire.

16. SCHWARTZ. *Semaine gynécologique*, 24 novembre 1896.
17. LONGUET. *Progrès médical*, n° du 22 juillet 1899, et *Progrès médical*, 8 septembre 1899.
18. SEBILEAU. *Gazette médicale de Paris*, 9 janvier 1897, et *Thèse de Gannat*, avril 1897.
19. BOUILLY. IX^e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1897.
20. VEIT. *Handbuch der Gynäkologie*, t. II, p. 447, Wiesbaden, J.-F. Beyman, 1897.
21. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1898.

IV. Indications. Contre-indications.

22. SEBILEAU. *Gazette médicale* du 9 janvier 1897.
 23. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1898.
 24. LONGUET. *Progrès médical*, n° du 22 juillet 1899.
 25. VEIT. Société obstét. de Berlin, 1894, analysé dans la *Presse médicale*, 1894, p. LXXXIV.
 26. GANNAT. *Thèse*, Paris, avril 1897, p. 36.
 27. D'HERBÉCOURT. La voie vaginale sans hystérectomie. *Thèse*, Paris, 1900.
 28. LONGUET. *Progrès médical*, n° du 9 septembre 1899.
 29. CHROBACH. VIII^e Congrès de la Société allemande de gynécol., tenu à Berlin, du 24 au 27 mai 1899.
-

MYOMECTOMIES TRANS-VAGINALES

I. Myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques antérieures.

1. LJOCIS. *Thèse de Zurich*, 1878.
2. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, 1898.
3. CZERNY. *Wien. med. Woch.*, 1881, n° 18 et 19, p. 501 et 525.
4. P. SEGOND. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1892, t. I, p. 202.
5. A. MARTIN. Die colpotomia anterior. *Monatschrift für Geburt und Gynäk.*, 1895, Bd II, p. 109, Congrès annuel de l'Association médic. britannique, 1895, et Congrès de la Société allemande de gynécol., juin 1895.
6. LEJARS. In *Thèse de d'Herbécourt*, Paris, 1900, p. 141.
7. SABINO CELHO. *Congrès de gynécol. et d'obstét.*, tenu à Genève, 1896.
8. DOYEN. XII^e Congrès international des sciences médicales, tenu à Moscou en 1897.
9. FR. V. CASTILLO. De la colpo-cœliotomie sans hystérectomie dans l'extirpation des lésions utéro-annexielles. *Thèse*, Paris, 1897.
10. DÜHRSEN. *Centralblatt für Chir.*, 1899, p. 571.
11. D'HERBÉCOURT. La voie vaginale sans hystérectomie. *Thèse*, Paris, 20 décembre 1900.

II. Myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques postérieures.

12. OLSHAUSEN. *Klinik. Beitr. für Gynäk.*, 1884, p. 96.
13. E. BÖCKEL. Cité par Delagénère in *Chirurgie de l'utérus*, 1898.
14. PÉAN. *Gazette des hôpitaux*, 13 mai 1886.
15. R. S. SUTTON. *Medic. News*, n° 16, 1886.
16. LANGE. *Annals of Surgery*, octobre 1887, p. 305.
17. SARWEY. VIII^e Congrès de la Société allemande de gynécol., Berlin, 24-27 mai 1899.
18. DMITRI DE OTT. XIII^e Congrès international de médecine, sect. de gynécol., août 1900.
19. S. POZZI. *Traité de gynécologie*, 3^e édit., Paris, 1897.
20. PÉAN, DELAUNAY. XI^e Congrès français de chirurgie, Paris, 18-23 octobre 1897.
21. CITTADINI. Société de gynécol. et d'obstét. de Bruxelles, 29 mai 1897.
22. VIDAL. *Revue de Pozzi*, 1900, p. 81.
23. DARTIGUES. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale de Pozzi*, n° 4, n° 5, n° 6, 1899.
24. BOUILLY. IX^e Congrès français de chirurgie, Paris, 21 au 26 octobre 1895.

III. Myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques latérales.

25. STRATZ. Kolpotomia lateralis. *Centralblatt für Gynäk.*, 1899, n° 38, p. 1106.
26. D'HERBÉCOURT. La voie vaginale sans hystérectomie. *Thèse*, Paris, 20 décembre 1900.
27. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1898.

IV. Myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques circulaires.

28. G. H. NABLE. *Americ. Journ. of Obstet.*, 1896, vol. XXXIV, p. 661.

OPÉRATIONS PAR VOIE PÉRINÉALE

Périnéotomies.

1. LE FORT. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, juillet 1888, p. 577.
 2. M. SÉE. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, juillet 1888.
 3. PÉAN. *XI^e Congrès international de médecine*, Rome, 29 mars au 5 avril 1894, section de gynécol. et d'obstét.
 4. S. POZZI. *Traité de gynécologie*, 3^e édit.. 1897, p. 308.
 5. SIEUR. *Archiv. provinc. de chirurgie*, 1896-1897.
-

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FIBROMES UTÉRINS PENDANT LA PUERPÉRALITÉ

I. Considérations générales.

1. BIGEX. Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées. *Thèse*, Paris, 1900.
2. ARNOTT. *London medical gaz.*, 1847, t. IV, p. 603.
3. BURD. *Medic. surg. Transact.*, London, 1847, t. XXX, p. 95.
4. J. KNOWSLEY THORNTON. *Transact. obst. Soc.*, 1887, XXXVIII, p. 41.
5. MUNDÉ, GARDNER, MONGOMERY, POTTER, cités par Bovée : *Americ. Journ. of Obstet.*, 1900, vol. XLI, p. 178.
6. J. W. BOVÉE. Removal of both uterine appendages. *Americ. Journ. of Obstet.*, 1900, vol. XLI, p. 178.
7. A. SOKOLOFF. *Centralblatt für Gynäk.*, 1896, p. 1221.
8. LELARGE et VERCHÈRE. *Société médico-chirurgicale de Paris*, 23 novembre 1896.
9. ESTOR et PUECH. Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale de Pozzi*, 1899, p. 963.
10. A. MAX CARRIÈRE. Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle. *Thèse*, Paris, 1896.
11. PINARD. Du soi-disant fœticide thérapeutique. Leçon de réouverture à la Clinique Baudelocque, in *Annales de gynécol. et d'obstét.*, janvier 1900.

II. Historique.

12. TURNER. Des interventions chirurg. dans les fibromes gravidiques. *Thèse*, Paris, 1900.
13. DELAGÉNIÈRE. Indications opératoires dans les cas de fibromes compliqués de grossesse. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, février 1900, t. LIII, p. 83.
14. LEPAGE. Dystocie par fibromes utérins. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, avril 1900, t. LIII, p. 245.
15. PINARD. *XIII^e Congrès international de médecine*, tenu à Paris, section d'obstétrique, 2 au 9 août 1900.
16. CHAHBAZIAN. Des fibromes du col au point de vue de la grossesse et des accouchements. *Thèse*, Paris, 1882.
17. TURNER. Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. *Thèse*, Paris, 1900.
18. FELSENREICH. Abtragung eines citronengrossen Uteruspolypen ohne Unterbrechung der Schwangerschaft (*Wien. med. Woch.*, 1887, n° 52, p. 1693).
19. THUMM. Myomotomie sur l'utérus gravis (*Wiener klinik Wochenschrift*, n° 41, 1896).
20. SAINT-YEL. Traité clinique des maladies de l'utérus, Paris, 1876.
21. J. BELL. *Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1820, t. XVI, p. 365.
22. HALLIDAY CROOM. Cases illustrative of operative interference with fibroid tumours during pregnancy, labour and puerperium. *Edinburgh medical Journal*, 1892-93, XXXVIII, p. 316, 322.
23. HANCK. Cité dans la thèse de Turner, *Thèse*, Paris, 1900.
24. DANYAU. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1851, t. XVI, p. 591.
25. OGDEN. Cité dans la thèse de Turner, *Thèse*, Paris, 1900.
26. MAYO-ROBSON. *British med. Journ.*, 9 novembre 1889, t. II, p. 1031.
27. VAUTRIN. *VII^e Congrès français de chirurgie*. 3 au 8 avril 1893, Paris.
28. FRAIPONT. *Annales de la Soc. méd. chir. de Liège*. janvier 1896.
29. B. HICKS. *Obstet. Transact.*, London, 1870, t. XII, p. 273.
30. J. FARRANT FRY. *Lancet*, 8 mars 1884, t. I, p. 423.
31. W. DAY. *London Obst. Soc.*, 6 mai 1885.
32. B. O. OURVICZ. *Journ. d'obstét. et de gynécol. de Saint-Petersbourg*, octobre 1887, p. 48.
33. MUNDÉ. *Americ. Journ. of Obstet.*, mars 1888, p. 306.
34. CALDERINI. *X^e Congrès international de médecine de Berlin*, 1890.
35. FOCHIER et NODET. Fibrome sous-muqueux de l'utérus chez une parturiente. *Soc. de médecine de Lyon*, 29 novembre 1897.
36. VALIN. Grossesse compliquée de fibrome. *Bulletins et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1^{er} décembre 1897.
37. HALLIDAY CROOM. Soc. obstetric. d'Edinburgh, séance du 9 décembre 1885. *Edinb. med. Journ.*, février 1886.
38. P. RUGE. *Berlin. klinik. Woch.*, n° 36, p. 557.
39. THORNTON. *Obstet. Transactions*, 4 juin 1879.
40. HEGAR. *Operative gynæk.*, 3^e édit., p. 475, 1880.
41. STUTGAARD. Cité par Hegard, 1882, et par Pozzi, *Traité de gynécol.*, 3^e édit., 1897.
42. BARNES. Cité par Routier in *Annales de gynécol. et d'obstét.*, mars 1890.
43. MAYER. Cité par Turner, *Thèse*, Paris, 1900.
44. ENGSTRÖM. Cité par Turner, *Thèse*, Paris, 1900.
45. FLEISCHLEN. Cité par Turner, *Thèse*, Paris, 1900.

46. FLEISCHLEN. *Centralblatt für Gynäk.*, 1892, p. 185.
47. H. CROOM. *Edinburgh med. Journ.*, octobre 1892.
48. FROMMEL. *Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Gynäk.*, 1891-1892, Leipzig, 1891, IV, p. 325.
49. DUPLAY. Cité par Delbet, *Archives générales de médecine*, 1892, V, p. 209.
50. POZZI. Cité par Delbet, *Archives générales de médecine*, 1892, V, p. 209.
51. TROSTHOM. *Mercredi médical*, 1892, p. 156.
52. VAUTRIN. *VII^e Congrès français de chirurgie*, Paris, 3 au 8 avril 1893.
53. LUMDSGAARD. *Ginek. og Obstetrisk Meddeleser*, 1893, t. X, fasc. 3, p. 187 (Copenhagen).
54. MACKENRODT. *Centralblatt für Gynäk.*, 1893, p. 211.
55. R. OLSHAUSEN. Therapie in der Schwangerschaft und Geburt. *Handbuch der Gynäkologie*, dirigé par J. Veit, Wiesbaden, 1897.
56. TURNER. Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques, *Thèse*, Paris, 1900.
57. STRATZ. Soc. obstét. et gynec. de Berlin, 22 janvier 1885. *Centralblatt für Gynäk.* n° 9, 1886.
58. HOFMEIER. *XVI^e Congrès de la Soc. allem. de chirurgie*, 13-16 avril 1887.
59. PUJOL. Des rapports réciproques de la grossesse et de la parturition avec les fibromes de l'utérus. *Thèse*, Montpellier, 31 juillet 1896.
60. THOMPSON. De la myomectomie pendant la grossesse. *Journal d'obstétrique et de gynéc.*, mars 1897.
61. POZZI. *Traité de gynécologie*, 3^e édition. 1897.
62. ROUTIER. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 13 novembre 1889, et *Annales d'obstét. et de gynéc.*, 1890.
63. PÉAN. *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 679.
64. R. OLSHAUSEN. Therapie in der Schwangerschaft und Geburt. *Handbuch der Gynäkologie*, dirigé par J. Veit, Wiesbaden, 1897.
65. J. ROSENBERG. *Medical News*, 22 janvier 1898.
66. A. DORAN. *British med. Journ.*, 10 juin 1899, p. 1389.
67. WERTHEIM. *Wiener klinische Wochenschrift*, 25 mai 1899, p. 559.
68. ZWIBEL. *Thèse de Paris*, juin 1900.
69. LANGE. Ueber Enucleation von Myomen aus dem schwangeren Uterus, *Arbeit von den Frauen klinik*, Leipzig, II, p. 351-392.
70. DELAGÉNIÈRE. Observation rapportée *in extenso* dans la thèse de Turner, Paris, 1900, et résumée dans les *Annales de gynéc. et d'obstét.*, t. XIII, p. 92, n° de février 1900, par Delagénière.
71. TERRIER. In *Thèse de Zaborowski*, 1891, n° 232. Paris.
72. A. J. DOWNES. Myomectomy during pregnancy. Report of a case with successful removal of 11 fibroids and a ovarian cyst. *Gyn. and Obstet. Journal*, New-York, 1898, XIII, p. 583-586.
73. A. MARTIN. *XIII^e Congrès international de médecine*, section d'obstétrique, Paris, 2 au 9 août 1900.
74. TAYLOR. *Americ. Gynec. and Pæd.* Philadelphia, 1892-1893, VI, p. 92-95.
75. FROMMEL. Cité par Turner dans sa *Thèse*, Paris, 1900.
76. GUINARD. *Congrès français de chirurgie*, VII^e session, 7 avril 1893.
77. FROMMEL. *Munch. med. Wochens.*, 1893, XL, p. 261-263.
78. SPINELLI. *XIII^e Congrès international de médecine*, Paris, 2-9 août 1900.
79. BOULLY, PICQUÉ. *Bulletins et mém. de la Société de chirurgie*, 1893, p. 144.
80. MONPROFIT. *Revue de gynéc.*, 1899, p. 393. Cité aussi par Turner, in *Thèse*, 1900.
81. TURNER. *Thèse*, Paris, 1900, p. 192.
82. BOURCART. *Annales de gynécologie*, t. II, p. 19, 1894.

83. MANGIAGALLI. Cité in *Thèse* de Turner, p. 201.
84. CAMERON. *Canada med. Record*, Montréal, 1889-1890, t. XVIII, p. 224-227.
85. TREUB. *Archives de tocologie et de gynécologie*. t. XXI, p. 806, 1894.
86. PUJOL. *Thèse*, Montpellier, 31 juillet 1896.
87. VANVERTS. *Bull. de la Soc. anatomique*, 13 novembre 1896.
88. MORESTIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1900, n° 9, p. 943.

III. Opérations et indications.

89. PINARD. *Comptes rendus de la Société d'obstét., de gynécol. et de pædiatrie*, séance du 2 mars 1900.
90. FERGUSSON. Cité par R. Lambert : Des grossesses compliquées de myomes utérins. *Thèse*, Paris, 1870, p. 119.
91. CHAHBAZIAN. Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, *Thèse*, Paris, 1882.
92. DELAGÉNIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, 1898, p. 400 à 402.
93. LAUWERS. *Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 26 juin 1892.
94. OLSHAUSEN. Therapie in der Schwangerschaft und Geburt, in *Handbuch der Gynäkologie*, dirigé par J. Veit, Wiesbaden, 1897.
95. SOLOWIEFF. Société d'accouchement et de gynécol. de Moscou, d'après le *Wratch*, 1899, p. 202 et 382, in *Annales d'obstét. et de gynécol.*, 1899, p. 409.
96. OLSHAUSEN. De l'asepsie et de l'antisepsie en gynécologie (*Berlin. klinik. Wochenschrift*, 1899, n° 45, et *Centralblatt für Gynäk.*, 1900, n° 21, p. 355.
97. S. POZZI. *Traité de gynécologie*, 1897, 3^e édit.
98. SCHWARTZ. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 19 décembre 1900, p. 1146.
99. MONOD. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1897.
100. MONPROFIT. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale de Pozzi*, 1899, p. 393.
101. MORESTIN. *Bulletin et mém. de la Société anatomique*, novembre 1900, n° 9, p. 937
102. NOVI et REIN. Cités in *Thèse* de Turner, 1900, p. 161.
103. MAYGRIER. Cité in *Traité d'accouchement* de Tarnier et Budin, 1898 (article de Maygrier).
104. LEPAGE. *Annales de la Société obstétricale de France*, 1893, p. 297.
105. MAYGRIER et CHARPENTIER. *Société obstétricale de France*, 5^e session, 22 avril 1897.
106. VARNIER. La symphyséotomie. Rapport présenté au XII^e Congrès international des soc. médic., tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897, section d'obstét. et gynécol. Reproduit *in extenso* in *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1897, p. 189.
107. DÜHRSEN. « Der vaginale Kaiserschnitt », Berlin, 1896, et *Samml. klin. Vorträge*, 1898, n° 232, p. 1365, et *Société de médecine berlinoise*, 4 janvier 1899.
108. D'ALESSANDRO. *Archivio italiano di ginecologia*, 1899, p. 433.
109. STRASSMAN. Cleidotomie. *Ark. für Gynäk.*, 1897, vol. LIII, p. 135.
110. DELBET. X^e Congrès français de chirurgie, Paris, 19 au 24 octobre 1896.
111. EUSTACHE. XIII^e Congrès international de médecine, section d'obstétrique, Paris, août 1900.
112. WERTHEIM. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, n° 25, p. 681.
113. PINARD. Des rapports de l'opération césarienne avec la symphyséotomie, la cranio-tomie et l'accouchement prématuré artificiel. III^e Congrès international de gynécol., et d'obstét., Amsterdam, 8 au 12 août 1899.

114. FANCOURT-BARNES. *III^e Congrès international de gynécol. et d'obstét.*, Amsterdam 8 au 12 août 1899.
115. MONPROFIT. *Revue de gynécol.*, 1899, p. 393.
116. GUERMONPREZ. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1895, t. XXXIV, p. 204.
117. GUTIERREZ. *Revue de gynécol. et de chirurgie abdominale de Pozzi*, 1898, p. 615.
118. SCHWARTZ. *Bulletin et mém. de la Société de chirurgie*, 26 décembre 1900, p. 1171.
119. IMBERT. Radiographie d'artères et radiographie de grossesse extra-utérine. *Société de biologie*, Paris, 11 juin 1898.
120. VARNIER. *Annales de gynécol. et d'obstét.*, 1899, p. 278, 1^{er} semestre.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE DE P. SEGOND.....	XI
INTRODUCTION.....	XV

PREMIÈRE PARTIE

MÉTHODES INDIRECTES CONTRE LES FIBROMES CONSERVATRICES de l'appareil utéro-annexiel non gravide.

MÉTHODES ATROPHIANTES PAR VOIE ABDOMINALE OU VAGINALE

(LIGATURES, FORCIPRESSURE, ANGIOTRIPSIE)

I. Historique.....	1
II. Techniques opératoires.....	16
1° Ligatures atrophiantes des vaisseaux tubo-ovariens et du ligament rond.....	20
2° Ligatures atrophiantes des artères hypogastriques.....	24
3° Ligatures atrophiantes des artères utérines à leur naissance hypogastrique, par voie abdomino-trans-péritonéale.....	35
4° Ligatures atrophiantes des artères utérines à leur terminaison, près de l'utérus, par la voie vaginale.....	46
III. Indications. Contre-indications.....	68
1° Ligature des vaisseaux tubo-ovariens et du ligament rond.....	71
2° Ligature bilatérale des artères hypogastriques.....	72
3° Ligature des artères utérines à leur naissance sur les hypogastriques (voie abdominale).....	75
4° Ligature des artères utérines à leur terminaison près de l'utérus (voie vaginale).....	75

DEUXIÈME PARTIE

MÉTHODES DIRECTES CONTRE LES FIBROMES CONSERVATRICES

de l'appareil utéro-annexiel non gravide par voie abdominale.

POLYPECTOMIE ABDOMINALE

I. Définition. Synonymie.....	83
II. Historique.....	84
III. Technique opératoire.....	84
A. Technique opératoire dans les cas habituels.....	84
B. Conditions particulières de la polypectomie abdominale dues à certaines complications.....	88
IV. Indications. Contre-indications.....	96

ÉNUCLÉATIONS ABDOMINALES PAR INCISIONS TRANS-UTÉRINES

I. Définition. Synonymie.....	101
II. Historique.....	102
III. Technique opératoire.....	120
A. Préparation de la malade.....	120
B. Instrumentation.....	122
C. Anesthésie.....	124
D. Technique opératoire.....	129
E. Conditions particulières de l'énucléation abdominale dues à certaines complications.....	146
F. Soins consécutifs. Complications post-opératoires.....	157
IV. Indications Contre-indications.....	162
Indications.....	163
Contre-indications.....	166
Discussion des critiques adressées à l'énucléation abdominale.....	168
Conclusions.....	177

ÉNUCLÉATIONS ABDOMINALES PAR INCISION PARA-UTÉRINE OU TRANS-LIGAMENTAIRE

I. Définition. Synonymie.....	179
II. Historique.....	180
III. Technique opératoire.....	180
IV. Indications et contre-indications.....	186

TROISIÈME PARTIE

MÉTHODES DIRECTES CONTRE LES FIBROMES CONSERVATRICES

de l'appareil utéro-annexiel non gravide par voie vaginale.

POLYPECTOMIE VAGINALE AVEC OU SANS MORCELLEMENT

I. Définition.....	189
II. Historique.....	190
III. Technique opératoire.....	196
A. Polypectomie simple avec torsion et section du pédicule, sans morcellement de la tumeur.....	196
B. Polypectomie avec morcellement de la tumeur.....	201
IV. Indications. Contre-indications.....	208
A. Polypectomie vaginale simple sans morcellement pour petits et moyens polypes.....	208
B. Polypectomie vaginale par morcellement pour polypes géants : cervicaux, cavitaires, utéro-vaginaux, sphacelés ou non.....	210

ÉNUCLÉATION VAGINALE AVEC OU SANS MORCELLEMENT PAR HYSTÉROTOMIE CERVICO-VAGINALE UNI OU BILATÉRALE

PROCÉDÉ DE SECOND

I. Définition. Synonymie.....	212
II. Historique.....	213
III. Technique opératoire.....	225
Préparation de la malade.....	225
Instrumentation.....	227
Anesthésie.....	231
Technique opératoire.....	231
Conditions particulières et complications opératoires de l'énucléation vaginale avec ou sans morcellement.....	262
Soins consécutifs. Suites normales. Complications post-opératoires.....	281
IV. Indications. Contre-indications.....	290
Indications.....	291
Contre-indications.....	294
Réfutation des critiques adressées à l'énucléation avec ou sans morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale.....	296
De la myomectomie par hystérotomie cervico-vaginale comparée aux autres opérations conservatrices.....	307
Conclusions.....	315

HYSTÉROTOMIE MÉDIANE ANTÉRIEURE OU POSTÉRIEURE PAR VOIE VAGINALE

I. Définition.....	319
II. Historique.....	320
III. Technique opératoire.....	321
Soins pré-opératoires.....	321
Technique opératoire.....	322
Complications opératoires et post-opératoires.....	325
IV. Indications. Contre-indications.....	327
1° Indications.....	327
2° Contre-indications.....	329
3° Parallèle entre l'hystérotomie vaginale médiane antérieure et l'hystérotomie cervico-vaginale par le procédé de Segond.....	329

MYOMECTOMIES TRANS-VAGINALES PAR INCISIONS PARA-UTÉRINES OU COLPOTOMIQUES

1. Myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques antérieures.

I. Définition.....	335
II. Historique.....	335
III. Technique opératoire.....	337
IV. Indications. Contre-indications.....	338

2. Myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques postérieures.

I. Définition.....	340
II. Historique.....	340
III. Technique opératoire.....	341
IV. Indications. Contre-indications.....	442

3. Myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques latérales.

I. Définition.....	345
II. Historique.....	345
III. Technique opératoire.....	345
IV. Indications. Contre-indications.....	346

4. Myomectomies trans-vaginales ou colpotomiques circulaires.

OPÉRATIONS PAR VOIE PÉRINÉALE. PÉRINÉOTOMIES

I. Définition.....	349
II. Historique.....	349
III. Technique opératoire.....	350
IV. Indications. Contre-indications.....	351

QUATRIÈME PARTIE

OPÉRATIONS CONSERVATRICES DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL des fibromes utérins pendant la puerpéralité.

I. Considérations générales.....	352
II. Historique.....	356
I. Fibromes à évolution vaginale.....	358
A. Polypectomie vaginale.....	358
B. Énucléation ou myomectomie vaginale.....	359
II. Fibromes à évolution pelvienne ou abdominale.....	360
A. Polypectomie abdominale.....	360
B. Énucléation ou myomectomie abdominale.....	361
III. Grossesse extra-utérine compliquant les fibromes.....	366
III. Opérations et indications.....	367
I. Fibromes à évolution vaginale.....	367
A. Polypectomie vaginale.....	367
B. Énucléation ou myomectomie vaginale.....	369
II. Fibromes à évolution pelvienne ou abdominale.....	373
A. Polypectomie abdominale.....	373
B. Énucléation ou myomectomie abdominale.....	374
III. Grossesse extra-utérine compliquant les fibromes.....	383
OBSERVATIONS D'HYSTÉROTOMIE CERVICO-VAGINALE UNI OU BILATÉRALE PAR LE PROCÉDÉ DE P. SEGOND.....	385
CONCLUSIONS.....	455
BIBLIOGRAPHIE.....	459

IMPRIMERIE E. CAPIOMONT ET C^{ie}



PARIS

37, RUE DE SEINE, 37

